Научный центр психического здоровья
Российской академии медицинских наук

Государственный научный центр социальной и судебной
психиатрии им. В. П. Сербского

Региональная благотворительная общественная организация
«Семья и психическое здоровье»

А. В. СНЕЖНЕВСКИЙ

Шизофрения

цикл лекций

1964 г.

Ответственный редактор
профессор
В. С. ЯСТРЕБОВ



МОСКВА ◦ 2008

УДК 616.895.8
ББК 56.14
С53

Снежневский А. В.

С53 Шизофрения (цикл лекций 1964 г.) / Отв. ред. проф. В. С. Ястребов — М.: МАКС Пресс, 2008. — 196 с.

ISBN 978-5-317-02335-5

Настоящая публикация представляет собой редакцию стенографической записи лекций А. В. Снежневского, посвящённых вопросам клиники шизофрении. Приведены теоретические положения и клинические наблюдения, обосновывающие оригинальную систематику форм шизофрении, разработанную коллективом кафедры психиатрии Центрального института усовершенствования врачей МЗ СССР, руководителем которой являлся А. В. Снежневский. Текст лекций снабжён именным указателем и примечаниями.

УДК 616.895.8
ББК 56.14



Издание осуществлено при поддержке
фармацевтической компании «Лундбек»

ISBN 978-5-317-02335-5

Содержание

Предисловие

В 2007 году исполнилось 20 лет с тех пор, как из жизни ушёл один из крупнейших психиатров современности, корифей отечественной психиатрии Андрей Владимирович Снежневский.

Заслуги Андрея Владимировича в развитии клинической психиатрии огромны, его концепция единства патологии и нозологии помогла раскрыть сущность многих явлений в психиатрии, создать основу для современной национальной классификации психических болезней.

А. В. Снежневским была создана оригинальная классификация шизофрении, являющаяся результатом многолетнего клинического и катамнестического исследования, в котором принимали участие сотрудники и ученики Андрея Владимировича. Эта классификация не игнорировала, а ассимилировала опыт мировой (и в первую очередь немецкой) психиатрии в исследовании шизофрении.

Круг интересов А. В. Снежневского в области психиатрии был невероятно широк: вопросы клиники различных психических заболеваний, включая симптоматические психозы и атрофические заболевания головного мозга, однако интерес к изучению одного из наиболее распространённых заболеваний — шизофрении — занимал особое место.

Многолетние усилия, направленные на глубокое и всестороннее осмысление сущности данного заболевания, в значительной степени расширили представления об этой психической болезни.

Андрей Владимирович был не только учёным в самом высоком смысле этого слова, но и замечательным педагогом. Его блестящие лекции, нередко лекции-раздумья, лекции-

размышления, а также непревзойдённые клинические разборы высоко оценивались врачами-психиатрами.

Как известно, лекции по общей психопатологии, прочитанные А. В. Снежневским, неоднократно издавались в нашей стране и продолжают оставаться настольной книгой врачей-психиатров.

Предлагаемый курс лекций по шизофрении, который был прочитан в 1964 году и издаётся впервые, не потерял своей актуальности и в настоящее время.

Публикация этого курса, бережно и квалифицированно отредактированная профессором В. С. Ястребовым, — дань памяти великому учёному и педагогу.

Действительный член РАМН,
директор Научного центра психического здоровья

А. С. Тиганов

От редактора

Издание циклов лекций крупных отечественных и зарубежных психиатров в нашей стране является сложившейся традицией. Достаточно указать на публикации лекций E. Kraepelin'a[1], А. Н. Бернштейна[2], И. М. Балинского[3], О. В. Кербикова[4], Г. Е. Сухаревой[5] и других. Опубликование этих циклов не всегда преследовало непосредственно образовательные цели. Ряд лекций, как например, лекции И. М. Балинского, были переизданы спустя много лет, как указывают составители, для ознакомления с историей отечественной психиатрии, её корнями и традициями.

Одним из наиболее известных отечественных психиатров советского периода, занимающим место в плеяде таких учёных, как П. Б. Ганнушкин, В. А. Гиляровский, М. Я. Серейский, является А. В. Снежневский. Ему принадлежит целый ряд ключевых заслуг в истории отечественной психиатрии

---

[1] ▲Prof. E. Kraepelin. Введенiе въ психiатрическую клинику. 30 клиническихъ лекцiй. Перевели съ нѣмецкаго: врачъ Я. Ф. Капланъ, ординаторъ психiатрической больницы Уфимскаго Губернскаго Земства, врач С. А. Капланъ. Уфа, Электрическая Типо-Литографiя В. П. Холмацкаго и К°, 1901 г.▼

[2] ▲Прив.-доц. Ал. Н. Бернштейн, завѣдующий центральн. прiемнымъ покоемъ для душевно-больныхъ въ Москвѣ. Клиническiя лекцiи о душевныхъ болѣзняхъ. Записал С. И. Зандеръ, ординатор харьковской губернской земской психiатрической больницы. Подъ редакцiей и съ дополненiями автора. Изданiе В. М. Саблина. Москва, 1912 г.▼

[3] И. М. Балинский. Лекции по психиатрии. Под редакцией Н. И. Бондарева и Н. Н. Тимофеева. Ленинград, Медгиз, 1958 г.

[4] О. В. Кербиков. Лекции по психиатрии (избранные главы). Москва, Медгиз. 1955 г.

[5] Г. Е. Сухарева. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М.: Медгиз, 1955 г.; т. 2. М.: Медгиз, 1959 г.; т. 3. М.: Медгиз, 1965 г.

как в деле организации научной деятельности, так и в сфере разработки оригинальных концепций, преимущественно касающихся эндогенных психических расстройств.

В многочисленных публикациях, посвящённых памяти А. В. Снежневского, традиционно отмечается вклад Андрея Владимировича в психиатрическую науку и практику. Отдельного упоминания при этом удостаивается его педагогическая деятельность.

По свидетельству современников А. В. Снежневского, лекции, которые он читал на кафедре психиатрии Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУв), пользовались огромной популярностью среди врачей-психиатров, научных сотрудников, которых привлекали новизна и глубина лекционного материала, доступность, простота языка, гармоничное сочетание теоретических положений с наглядными клиническими разборами больных. Всё это объясняло не только высокую посещаемость данных лекций, но и большой спрос на их стенограммы, которые уже в 60-х гг. XX века стали появляться в виде самостоятельно оформленных слушателями машинописных текстов.

Такая стенограмма лекций А. В. Снежневского по общей психопатологии была положена в основу авторского ротапринтного издания, вышедшего всего лишь тысячным тиражом[1]. Как следует из предисловия к этому изданию, А. В. Снежневский чрезвычайно ответственно подошёл к его подготовке, проделав большýю работу по редактированию текста лекций и расширив его. С момента появления указанный труд получил широкую известность, с одной стороны, и статус библиографического раритета — с другой. Начиная с 2000 г., эта книга была переиздана трижды.

В составе курса частной психиатрии кафедры Института, который наряду с А. В. Снежневским проводили В. М. Морозов, Г. А. Ротштейн, Р. А. Наджаров, А. С. Тиганов, В. Н. Фаворина, М. Е. Вартанян, В. А. Ромасенко, Андрей Владимирович традиционно читал лекции по шизофрении. Их неавторизованные машинописные стенограммы также получили распространение среди врачей. И хотя такие планы, возмож-

[1] А. В. Снежневский. Общая психопатология. Курс лекций. Валдай, 1970 г.

но, существовали, лекции по частной психиатрии так и не были опубликованы.

Составители отобрали и подготовили для публикации цикл из 10 лекций, прочитанных А. В. Снежневским весной 1964 г., включавших характеристику отдельных форм шизофрении, описание их разновидностей и отражавших позицию А. В. Снежневского и его сотрудников на систематику данного заболевания. Известно, что с 1951 г. основной интерес и усилия А. В. Снежневского, а также и сотрудников его кафедры, а с 1962 г. и сотрудников Института психиатрии АМН были сосредоточены на психопатологическом и клиническом изучении отдельных форм шизофрении, разработке её классификации. Многие из положений, сформулированных в результате этих исследований, остаются актуальными и в наши дни. Характерной особенностью публикуемых лекций, на которую нельзя не обратить внимания, является то, что при изложении рассматриваемых вопросов систематики шизофрении автор не утверждает их в качестве догмы, а скорее, аргументированно размышляет о тех или иных доводах в пользу предлагаемого понимания логики патологического процесса, как бы приглашая слушателей к обсуждению выдвигаемых позиций.

Уже при первом знакомстве с исходным материалом было видно, что он хорошо структурирован, чётко изложен и не требует сколько-нибудь значимых структурных изменений, без которых практически не обходится ни одно преобразование для печати устного текста. Вместе с тем любая подготовка фоно- либо стенограммы выступления, доклада или лекции к публикации неизбежно связана с необходимостью внесения существенной редакторской правки, устранения допущенных при расшифровке и перепечатывании текста орфографических, стилистических, иных неточностей и опечаток, уточнения отдельных выражений, формулировок. При подготовке настоящего издания в этой части работы составители старались проявить особую тщательность и деликатность. Ряд неточностей, видимо, внесённых в текст при перепечатке, оказалось возможным устранить путём сопоставления различных вариантов стенограмм. При редактировании устного текста перед нами стояла и другая, более сложная и ответственная задача: сохранить стиль изложения автором лекционного

материала, присущие ему речевые обороты, не допустить искажения его взглядов и позиций путём внесения каких-либо изменений. Мы надеемся, что нам удалось с этим справиться.

При работе над текстом мы сочли необходимым снабдить его редакторскими комментариями, а также добавить именной указатель авторов, упоминаемых в лекциях.

С точки зрения преемственности целесообразным представлялось предварить публикуемый текст лекций вступлением, подготовленным одним из учеников А. В. Снежневского. Такое предложение было сделано профессору, академику РАМН А. С. Тиганову, который работал на кафедре у Андрея Владимировича с 1954 г. и прошёл путь от клинического ординатора до заведующего этой кафедрой. А. С. Тиганов дал любезное согласие написать такую вступительную статью.

Составители выражают глубокую признательность ученикам Андрея Владимировича А. С. Тиганову, В. А. Концевому, Т. П. Платоновой, М. Г. Щириной и другим, которые поделились воспоминаниями об ораторском стиле А. В. Снежневского и помогли воссоздать ту неповторимую атмосферу, в которую погружались его слушатели, а также оказали помощь в трактовке некоторых определений, выражений, терминов, использовавшихся им в лекционном материале, высказали ряд ценных соображений относительно публикации данного издания.

Идея выпуска этой книги была одобрена дочерью А. В. Снежневского Майей Андреевной Снежневской, которой мы, пользуясь случаем, выражаем свою признательность. Мы также приносим благодарность сотрудникам Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского В. О. Чахаве и В. И. Бородину за предоставленные варианты стенограмм лекций и содействие в подготовке издания. При упоминании людей, которые помогли этой книге увидеть свет, отдельно хотелось бы упомянуть сотрудника фармацевтической компании «Лундбек» А. С. Мирзояна, чья организационная поддержка в её издании носила решающий характер.

Профессор

В. С. Ястребов

Лекция 1

Основные формы шизофрении[1]

Клинические дисциплины преподаются двумя методами — факультетским и госпитальным. Факультетское изложение основывается на изложении типических проявлений и течения той или иной болезни. При госпитальном чтении курса разбирается то, как это типическое реализуется у отдельного, конкретного больного.

На этом цикле я хочу изложить клинику шизофрении с использованием госпитального метода, расширив, естественно, при разборе больных госпитальный анализ каждого отдельного случая описанием типического, того, что вообще свойственно той или иной форме этой болезни. Таким образом, приём изложения будет в какой-то мере смешанный, но с акцентом на клиническом разборе большого числа больных.

Шизофрения — болезнь, наиболее распространённая по сравнению со всеми другими психическими заболеваниями. Как известно, вероятность заболевания шизофренией зарубежной статистикой исчисляется 0,3—1,0 %. Истинная заболеваемость большинством современных авторов определяется показателем не ниже 0,5 %. Исследования эпидемиологического отдела Института [психиатрии АМН СССР] в двух выборочно взятых районах Москвы в качестве предварительного результата показали, что эта величина составляет 0,6 % (но это сведения, относящиеся к одной территории). Точных данных о распространении шизофрении в населении в настоящее

[1] В стенограмме первая лекция датирована 19 марта 1964 г. *Прим. ред.*

время ещё нет. Объясняется это, в частности, тем, что диагностика шизофрении в разных городах, в различных клиниках и институтах неодинакова. В результате сведения, получаемые от отдельных областей, а часто и районов, разных больниц совершенно не сопоставимы. При этом обнаруживается общее явление, свойственное и нам, и зарубежным странам. Оно заключается в том, что среди острых психически больных процент больных шизофренией чрезвычайно различен в отдельных психиатрических учреждениях, но среди хронических больных существующее различие почти полностью исчезает. Так, среди острых психически больных в Ленинграде диагноз шизофрении [встречается] в несколько раз реже, чем в Москве, но среди больных с хроническим течением психозов процент больных шизофренией почти одинаков в обоих городах.

Из этого следует, что шизофрения во время своего возникновения и первоначального развития клинически чрезвычайно полиморфна; диагностика её в это время очень трудна. Разнообразие проявлений начальной и острой шизофрении дали повод *Е. К. Краснушкину* говорить, что «клише», то есть типические формы шизофрении, обнаруживаются далеко не сразу, а по истечении некоторого времени течения болезни. По его наблюдению, в первое время своего развития шизофрения проявляется хаотично, недифференцированно. Достоверность этого положения будет видна из дальнейшего изложения. Следует напомнить, что и *Э. Крепелин* при первоначальном выделении шизофрении в качестве отдельной нозологической единицы опирался на случаи, далеко зашедшие, с явными изменениями личности, когда наличие деменции было несомненным. И лишь в дальнейшем, продвигаясь от развитых патологических состояний к ещё неразвитым, он смог описать клинику начальных и манифестных проявлений этого заболевания. И чем тщательнее он исследовал первоначальное течение болезни, тем больше получалось у него форм течения шизофрении. В первое время им было выделено лишь три формы: раннее слабоумие, гебефрения и кататония. Потом присоединилась параноидная форма, далее — циркулярная, депрессивно-параноидная, и, наконец, в конце деятельности *Э. Крепелина* им было описано уже 10 форм данной болезни. Всё это свидетельствует о чрезвычайном разнообразии и

трудности систематизации клинических проявлений шизофрении, особенно [установления] времени её первоначального развития. Указанное обстоятельство и заставило *Е. Блейлера*, а с ним и других авторов, говорить об этой болезни как о группе родственных заболеваний.

В 1951 году на кафедре психиатрии ЦИУв начались исследования особенностей течения шизофрении. Их целью было обнаружить в разнообразии клинических проявлений шизофрении, в особенностях её развития закономерности последовательности смены состояний (синдромов), которые помогли бы изучить, предвидеть дальнейшее течение и устанавливать прогноз.

Сотрудники кафедры, исходя из обязательного существования закономерностей развития любого патологического процесса, при исследовании шизофрении вначале получили названные выше (*крепелиновские*) «формы течения» этой болезни. В дальнейшем было принято понятие *И. В. Давыдовского*, относящееся ко всем болезням человека, — «стереотип развития болезни».

Исследования кафедры и сводились к установлению стереотипа развития шизофрении, прежде всего, её четырёх основных форм: параноидной, простой, гебефренической и кататонической. В нашей лекции речь идёт именно об этих основных формах; периодическая шизофрения, которую также называют атипической, будет изложена в дальнейшем. Кратко напомню стереотип развития названных четырёх форм, пути их дальнейшего исследования.

В первую очередь обнаружилось, что стереотип развития параноидной шизофрении совпадает с тем, что давно описал французский психиатр *В. Маньян*. В типических случаях параноидная шизофрения начинается с паранойяльных расстройств: то более систематизированных, то менее систематизированных, без наличия галлюцинаций. По мере развития болезни у больных возникает экзацербация процесса, выражающаяся в форме непродолжительного тревожно-депрессивного возбуждения — предвестника видоизменения паранойяльного состояния в параноидное, складывающееся из прежнего систематизированного бреда, разнообразных симптомов психического автоматизма и бреда физического воздействия. При дальнейшем развитии болезни параноид-

ное состояние через тот или иной очень различный срок в свою очередь видоизменяется и становится парафренным. К бреду преследования, физического воздействия и различным явлениям психического автоматизма присоединяется фантастический, грёзоподобный бред величия, а при более тяжёлом течении процесса наряду с фантастическим бредом у больных возникают и кататонические расстройства. Подобное типическое развитие, обнаруженное у ряда больных, позволяет более или менее удачно предсказывать развитие болезни в клинически сложных случаях.

Дальнейшее исследование показало, что при подобном типическом развитии болезни обнаруживаются многочисленные отклонения, что клиника параноидной шизофрении гораздо разнообразнее изложенного стереотипа. В ряде случаев параноидная шизофрения начинается не с паранойяльного бреда, а с упорных явлений навязчивости, которая в одних случаях (как на это в своё время указывал *Д. С. Озерецковский*) становится психическим автоматизмом, а в других случаях начинает сочетаться с паранойяльным бредом. Отмечен также вариант развития параноидной шизофрении с упорных сенестопатий, переходивших в паранойяльный ипохондрический бред или сочетавшихся с ним. Наконец, встречалось и начало шизофрении с деперсонализации с последующим переходом в параноидное состояние. Наряду с этим имели место другие варианты, например, годами продолжавшиеся, не поддающиеся никакой терапии явления навязчивости с постепенным развитием тяжёлых шизофренических изменений личности.

В таком исключительном разнообразии проявлений параноидной шизофрении можно было насчитать десятки вариантов, а если каждый вариант принимать за форму — десятки форм. Это, естественно, приводило к требованиям оппонентов сравнить результаты исследований в клинике с тем бесконечным числом форм шизофрении и маниакально-депрессивного психоза, которое описывается в исследованиях *К. Клейста* и *К. Леонгарда.*

Стереотип развития простой формы шизофрении оказался значительно отличным от вариантов с преобладанием патологически продуктивных позитивных симптомов. Она начинается в юношеском возрасте. Больные постепенно те-

ряют активность, свои психические возможности или, как говорит *К. Конрад*, у них наступает редукция энергетического потенциала. Они начинают хуже учиться, остаются на второй год, из отличников превращаются в отстающих учеников, часто вовсе не кончают среднюю школу. Начинается эмоциональное опустошение; проявляются односторонние влечения, иногда с характером одержимости, влечение чаще всего к занятию отвлечёнными, абстрактными проблемами («философическая интоксикация»). При этой форме иногда обнаруживаются рудиментарные проявления патологически продуктивных симптомов: рудименты кататонического возбуждения или бреда, значительно чаще — аффективные колебания, иногда принимающие характер циркулярности, стёртая депрессия, иногда ступидная[1]. При первых исследованиях казалось, что эта форма в таком виде продолжается в течение всей жизни. Больные становятся инвалидами, редко при этом попадая в больницы, или как-то приспосабливаются к простой физической работе.

При изучении шизофрении, [начинающейся] в юношеском возрасте, обнаружилось, что в ряде случаев эта исключительно бедная позитивными симптомами форма видоизменяется: возникает острый дебют психоза со смешанной полиморфной картиной, в которой наблюдаются аффективные, параноидные и кататонические расстройства. Всё это развивается почти одновременно, болезнь принимает тяжёлое течение и быстро переходит в конечное состояние. Больные оказываются постоянными жителями психиатрических больниц. Иными словами, простая форма становится злокачественной (описанной *Э. Геккером*, затем — *Л. Дарашкиевичем*), носящей название гебефрении. Таким образом, обнаруживается двоякий стереотип развития юношеской шизофрении: с относительно благоприятным либо катастрофическим течением.

С момента первых исследований кататонической непрерывно-прогредиентно текущей шизофрении (люцидной кататонии[2]) обнаружен характерный сравнительно непродол-

---

[1]Ступидный (лат. *stupiditas* — тупоумие) — характеризующийся дезорганизацией поведения при нарушении способности к осмыслению ситуации, расстройствами памяти на текущие события. *Прим. ред.*

[2]Кататония люцидная (лат. *lucidus* — ясный, светлый) — кататонический синдром, протекающий без расстройств сознания. *Прим. ред.*

жительный продром в виде аутизма, ипохондрии, иногда даже рудиментарных проявлений кататонических расстройств с последующим развитием возбуждения или ступора. Позже оказалось, что как инициальный период развития этой формы, так и дальнейшее течение столь же злокачественны и трудно отличимы от гебефрении.

Так, в первые годы исследования был установлен самостоятельный стереотип развития основных форм непрерывно протекающей шизофрении. Казалось, что каждая из названных форм обладала самостоятельным течением, отражающим прежние самостоятельные психозы: паранойю, кататонию, раннее слабоумие *Б. Мореля* и гебефрению *Э. Геккера* и *К. Кальбаума.*

Но дальнейшие, продолжающиеся и сейчас исследования, уже с участием большого коллектива сотрудников Института психиатрии АМН, обнаружили иное взаимоотношение форм, а именно лишь их относительную, а не абсолютную самостоятельность, отражающую единый, общий для всей прогредиентной шизофрении, стереотип развития. Опыт показал, что при оценке всех особенностей течения шизофрении у отдельного больного надо подходить к ним с теми тремя критериями, которые в своё время обосновал *Г. Шюле*: 1) качество симптомов, 2) особенности течения болезни и 3) объём поражения. Последнее мы теперь называем малыми и большими синдромами (*В. Х. Василенко*).

Исследование гебефрении и кататонии, как уже упоминалось, показало, что эти варианты неотличимы в тех случаях, когда оба они начинаются в юношеском возрасте. Далее исследование *А. А. Грацианского* показало, что порой заболевание, развивающееся в первое время по стереотипу простой шизофрении, в дальнейшем видоизменяется в параноидное состояние с явлениями психического автоматизма и довольно быстрым присоединением кататонии. Такие больные оказываются не менее тяжёлыми по сравнению со страдающими гебефренией, неотличимы от них. Таким образом, обнаружилось, что простая форма шизофрении, видоизменяясь, иногда может стать не только гебефренической, но и параноидной. Последняя, в свою очередь, может видоизмениться с присоединением кататонических расстройств как наиболее тяжёлых проявлений болезни.

Наблюдения обнаружили также, что, если лечение шизофрении современными методами проводится энергично, последовательно, то тогда и при злокачественном её течении (гебефрения, рано начавшаяся параноидная форма) кататонические расстройства не развиваются, прогрессирование болезни как бы приостанавливается.

Последнее может стать обоснованием оценки тяжёлых люцидно-кататонических расстройств как наиболее неблагоприятных проявлений шизофрении, указывающих на наибольший объём поражения, наибольшую глубину расстройства. Редкость возникновения люцидной кататонии в наше время (на что указывают сейчас многие психиатры), возможно, зависит от своевременного терапевтического вмешательства в течение шизофрении.

Длительные наблюдения за развитием простой шизофрении показали, что простая форма нередко после долгих лет своего существования видоизменяется параноидными, гебефреническими или кататоническими расстройствами, то есть рано или поздно происходит г е н е р а л и з а ц и я п р о ц е с с а.

Сопоставление стереотипа развития всех форм непрерывно протекающей шизофрении позволяет говорить о следующем. Непрерывно протекающая шизофрения начинается не с позитивных симптомов, а с негативных, то есть с изменения личности, её изъяна, ущерба.

В одних случаях речь идёт только о развитии явной замкнутости, аутизма, эмоционального обеднения. В других случаях подобного рода изменения сопровождаются расторможением влечений, одержимостью ими. Наконец, третий вид негативных расстройств является наиболее неблагоприятным для будущего течения болезни. Он протекает с редукцией энергетического потенциала, то есть уменьшением психических возможностей, снижением активности, ослаблением психической деятельности. Такие изменения выступают особенно отчётливо при неблагоприятно протекающей шизофрении с возникновением её в юношеском, подростковом, а также детском возрасте.

При развитии шизофрении в детском, подростковом или юношеском возрасте негативные расстройства проявляются не только в описанном изменении, но и в задержке психического

развития. При начале развития шизофрении в детском возрасте (до 10 лет) задержка в развитии приводит в тяжёлых случаях к олигофреноподобному состоянию, а в более лёгких случаях — к инфантилизму; шизофрения, начавшаяся в юношеском возрасте, обусловливает различные степени ювенилизма.

К наиболее частым позитивным, патологически продуктивным симптомам начинающейся шизофрении принадлежат аффективные нарушения: снижение настроения, депрессия с беспредметной тревогой или страхом, часто с чувством отчуждённости по отношению к родным.

Последующими позитивными расстройствами в зависимости от тяжести шизофрении могут быть или неврозоподобные (явления навязчивости, деперсонализации, сенестопатии, ипохондрии), или паранойяльные.

В дальнейшем обнаруживалось параноидное состояние. Затем развивается парафренный, фантастический бред величия, грёзоподобный, с конфабуляциями. Конфабулёз отражает более тяжёлое поражение. К наиболее глубоким расстройствам относится также и кататония.

При относительно медленном течении шизофрении (параноидная форма) перечисленные периоды развиваются во всех своих клинических деталях. В случаях же бурного течения шизофрении (гебефреническая форма) смена названных синдромов происходит в течение очень короткого промежутка времени, иногда — нескольких месяцев или даже недель, с быстрым переходом в конечное состояние. При гебефренической, наиболее злокачественной форме, эта же смена происходит, повторяю, в сжатые сроки — в течение иногда нескольких месяцев, а иногда и того короче.

Таким образом, при сопоставлении параноидной формы с гебефренической мы обнаруживаем общий стереотип развития шизофрении: следующий от изменения личности той или иной тяжести к аффективным расстройствам, параноидным, парафренным и кататоническим. В зависимости от различных особенностей течения этой болезни (возрастных, сопротивляемости организма, его исходного состояния, условий существования больного во время болезни и т. д.) этот общий стереотип может развиваться во всех своих деталях в течение

ряда лет или при неблагоприятных условиях — в течение месяцев, иногда — недель.

Сказанное я постараюсь подтвердить демонстрацией больного с подробным разбором особенностей его заболевания.

Больной Р., 40 лет

Анамнез. В семье психические заболевания отрицает.

Отец погиб на фронте. Отличался замкнутым, тяжёлым характером, был безразличен к семье, злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения становился агрессивным, возбуждённым. Подвергался тюремному заключению за растрату.

Мать, 65 лет, очень раздражительная, тревожная. Детей двое: наш больной и его сестра.

Сестра, 40 лет, незамужем, очень замкнутая, друзей нет, больного брата не навещает.

Роды протекали нормально, раннее развитие без особенностей. Рос здоровым, общительным ребёнком, подвижным, весёлым. Был уживчив, спокоен, откровенен, отзывчив. Учиться начал с 7 лет, к занятиям относился с интересом, успевал хорошо, был послушен, аккуратен, много читал. Дома был приветлив, правдив, уступчив. Когда ему было 11 лет, ухудшились отношения между родителями. Больной был свидетелем ссор; затем отца арестовали. Мать была вынуждена брать сверхурочную работу, предоставив больного самому себе.

С этого времени изменился: стал раздражительным, обидчивым, непослушным, в классе шалил, грубил. На уроках был неспокоен, возбуждён. Плохо учился, перестало интересовать чтение, говорил, что стало «скучно», ссорился с учителями. Был переведён в другую школу. Здесь ему ничего не нравилось, держался замкнуто, ни с кем не дружил, пропускал занятия; убегал из дома, стал неоткровенен, лжив, упрям, замкнут и очень обидчив; плакал. Остался на второй год в 4 классе. В возрасте 14 лет по просьбе [педагогов] школы был показан психиатру. Врач нашёл психические отклонения и направил его в детское психиатрическое отделение. Перед поступлением испытывал ночные страхи.

Из истории болезни. Контакт формальный, устанавливается с трудом. Повышенно обидчив, при малейшем недоразумении со сверстниками или замечании медперсонала плачет, ещё более замыкается, утверждает: «Сами пристают, наговаривают». Часто ссорится со сверстниками, очень груб. [Говорит, что] стремится устроиться на работу, [чтобы] иметь собственные деньги.

Диагноз. Изменения характера в течение последних трёх лет настолько стойкие, что дают основание говорить не только о реактивном состоянии, но и о патологическом развитии личности в результате ряда длительных психических травм в семье и школе.

После выписки учился в ремесленном училище, затем работал фрезеровщиком (больному 15 лет). Нарастали замкнутость и отчуждённость, ничто не интересовало, не находил общего языка ни с матерью, ни с сестрой, не мог быть с ними дома, уходил, ночевал на вокзалах, а утром шёл на работу. Начал употреблять алкоголь, пропивал все деньги, которые зарабатывал. Стал совершать кражи, сошёлся с плохой компанией, участвовал в грабежах и вскоре был арестован. В последующем определён в колонию для несовершеннолетних преступников на три года. Через несколько дней убежал, задержали в Москве, срок был продлён ещё на три года. В колонии постоянно нарушал режим, воровал, сидел в карцере. Срок удлинился до восьми лет. Работал на севере. После освобождения два года работал в экспедиции грузчиком. В эти годы злоупотреблял алкоголем, пропивал все деньги и вещи, на работе не удерживался. Через год был осуждён за хулиганство, после отбытия наказания работал пастухом в колхозе. Уединялся, всех стеснялся. Сам обратился к психиатру и был стационирован в психиатрическую больницу, где находился около месяца.

При поступлении сознание ясное. Правильно ориентирован, эмоционально неустойчив, жалуется на сильную раздражительность. Стыдится, что раньше занимался онанизмом. Об этом больной говорит больше всего. Бреда и галлюцинаций не обнаруживается. Считает, что жить таким «идиотом» он не может. Диагноз: «Психопатия, осложнённая алкоголизмом».

После выписки продолжал злоупотреблять алкоголем, жил случайными заработками. Женился, но, узнав через некоторое время, что жена ждёт ребёнка, стал утверждать, что это не его ребёнок. В состоянии опьянения бил жену, становился крайне возбуждённым.

Снова стационирован в психиатрическую больницу. Со слов матери, навестившей больного, известно, что он был подавлен, говорил, что слышит голоса, они приказывают ему отравиться или повеситься. Считал, что на него все обращают внимание, преследуют. Пробыл в больнице полтора месяца. Выписан с диагнозом: «Психопатия, осложнённая алкоголизмом».

Мать несколько раз устраивала его на работу, однако отовсюду был уволен за пьянство. Пропивал не только всю зарплату уже в день её получения, но и одежду, приходил домой в одних трусах. Пил «до потери сознания». Вне опьянения был крайне замкнут, одинок. К семье относился безразлично, отказывался вернуться к жене, относился к ней враждебно, не интересовался родившимся ребёнком. Много раз попадал в милицию за хулиганство. Начал принимать люминал. Говорил, что за ним следят агенты; врач связан с ними; завешивал окна одеялом, прятался под кровать. Когда какой-то мужчина принёс ему его паспорт, потерянный им в со-

стоянии опьянения, стал утверждать, что тот «подослан». Ночью не спал. Как-то мать случайно уронила деньги, он взволнованно стал говорить, что они специально подброшены. Жаловался, что ему надоело жить. Мать обнаружила у него электрический провод. В связи с таким состоянием был вновь стационирован в психиатрическую больницу, куда поступил в состоянии выраженного наркотического опьянения с нарушенной координацией и невнятной речью. С плачем сообщил, что выпил 20 таблеток люминала, «решил покончить жизнь». Рассказал, что последние две недели пил ежедневно, пропил с себя всю одежду. Говорил, что слышит угрожающие голоса. Просил помочь ему избавиться от онанизма, которым он занимался с детства. Рассказал, что видит «голых допотопных чертей», разговаривает с голосами. Обвинял врачей диспансера в «шантажировании»; заявил, что они подсылают к нему мужчин.

В отделении был тосклив, утверждал, что за ним продолжают следить. Больной «Володя» всё у него выспрашивает, что-то хочет от него узнать. На свиданиях с матерью продолжал доказывать, что дома ему подбрасывали деньги. Выпиской не интересовался. Выписан с диагнозом: «Хронический алкоголизм у психопатической личности, наркомания».

Несколько раз устраивался на работу учеником слесаря, слесарем, подсобным рабочим, но увольняли в связи с прогулами или уходил по собственному желанию. Через год после последнего стационирования был вновь направлен в стационар на военную экспертизу. В путёвке указано, что патологических психических явлений нет, необходимо решить вопрос годности к военной службе. Больной хочет служить в армии.

Психическое состояние. Угрюм, хмур, неразговорчив, нехотя отвечает на вопросы; не знает, почему его отправили на экспертизу, ведь у него есть военный билет, в котором указано, что он годен к военной службе. С окружающими малообщителен. Много читает; легко возбудим, раздражителен. С диагнозом: «Психопатия, осложнённая алкоголизмом» был выписан.

Дома находился пять месяцев; месяца два-три работал кочегаром, подсобным рабочим, затем уволился, ничем не занимался. Очень волновался из-за приезда жены с ребёнком. Стал крайне придирчив, раздражителен, злобен. Матерью был отведён к психиатру и направлен в больницу.

В путёвке указывается, что больной недоступен, амбивалентен. В диспансер идти долго не решался, так как какой-то голос внутри головы говорил, что идти не надо, «над тобой смеяться будут». Думает, что на него обращают внимание на улице. Растерян, не понимает, что с ним происходит.

В больнице не общается, всё время в одиночестве. Несколько растерян, ходит быстрыми шагами по коридору. При беседе на во-

просы отвечает формально и односложно, никаких сведений о себе не даёт. Жалуется на геморрой.

Осмотр хирурга. Жалобы на геморрой, неприятные ощущения в анусе. Заключение: «Патологии не обнаружено».

Некоторое время спокоен, участвует в наружных работах. Подрался с больным и был переведён в беспокойное отделение. Своё поведение дома и при поступлении в больницу объяснял ощущениями в прямой кишке, нежеланием говорить об этом при больных и персонале. Бреда и галлюцинаций не обнаружено. Выписан с диагнозом: «Алкоголизм у психопатической личности».

Работал пастухом. Был угрюм, подавлен, безразличен, ни с кем не общался, иногда говорил, что слышит голоса. За хулиганство отбывал наказание в течение трёх лет, за драку осуждён на один год. После освобождения вернулся и сошёлся с женщиной. Следуя её советам, перестал пить, однако постоянно был подавлен, молчалив, ко всему безразличен. Иногда усиливалась тоскливость, пытался повеситься. Был направлен в психиатрическую больницу.

Из истории болезни. Сознание ясное, ориентирован. Высказывает бред отношения: за ним следят органы разведки, на него действуют специальным локатором, он стал «научным шутом», всё происходящее вокруг он фотографирует глазами, через свой мозг эти изображения, а также собственные мысли передаёт в эфир путём «личного атома». Отказывается от еды, объясняя отказ отсутствием заднепроходного отверстия.

Проведено два курса инсулинотерапии, аминазин с резерпином. Состояние почти не изменилось, замкнут, аутичен, целые дни проводит в постели, ни с кем не общается, спонтанно свои бредовые идеи не высказывает, не отвечает на вопросы, ссылается на то, что врач всё знает. Выписан матерью.

Диагноз: «Шизофрения, галлюцинаторно-параноидная форма».

Дома был тревожен, отказывался от пищи, не выходил из комнаты, говорил, что за ним следит разведка. Через пять дней вновь поступил в психиатрическую больницу.

Психическое состояние. Подавлен, безучастен, сидит согнувшись, на врача не смотрит, на вопросы отвечает кратко, формально. Недоступен. Критики нет. К стационированию безразличен. В отделении ни с кем не общается, ночью забирается под кровать и там спит. Апатичен, подавлен, малоподвижен, долго остаётся в одном положении. Считает, что мать и сестра подставные, а настоящие умерли. Врач — агент разведки. Все больные — агенты и следят за ним. Говорит об этом спокойно, безучастно. Сказал, что находится под действием «атомной силы», от которой у него на животе появились родинки. Атомная энергия расщепляет его на атомы, действует на него через аппарат. Мимика неадекватная; говоря о слежке за ним, смеётся.

Последующее течение. Всё время проводит один, сидит на корточках на скамейке, уткнув голову в колени, о чём-то разговаривает сам с собой, заявляет, что разговаривает с «народом». Окружающие — агенты, мать ненастоящая. Неадекватно улыбается. Иногда дурашлив, отказывается от еды, ест из рук персонала. По вечерам забирается в туалет, раздевается догола, поливается водой. В последнее время больной манерен, гримасничает, принимает вычурные позы, отворачивается от собеседника, совершает стереотипные движения рукой, как будто поглаживает голову, нелепо смеётся, равнодушен к беседе. Вначале не отвечает на вопросы, отворачивается от врача, позёвывает, стереотипно трёт голову, затем начинает односложно отвечать на вопросы, по мере беседы постепенно становится более многословным, речь непоследовательная, разорванная. Заявляет, что он — сын двух матерей: одна «советская», другая «на подмостках рынка была». Здесь его навещает «советская», а другая «спит непробудным сном». Спустится Бог, «Бог — разум человеческий». «Все ответы есть на планете, однако говорить об этом нельзя, это государственная тайна». Он нашёл новое, перед ним открылось его будущее и прошлое. Всё это произошло под влиянием марсиан, которые действуют на него лучами, говорят с ним. Ещё в 1938 году сосед Иван Михайлович преподнёс ему рюмку водки и показал «булат», а значит он — человек будущего. Это было знаком марсиан. В том же году, когда он однажды лежал дома, что-то переменилось в мозгу, в организме, что-то новое он ощутил в себе, и одновременно от лампы разбежался свет. Тогда он не обратил внимания на происшедшее, но теперь знает, что с того момента связан с марсианами.

Связь с марсианами осуществляет головой и ушами, послушен им и не может выдать всех тайн, с их помощью постиг науку, до них был малограмотным, а они его обучают, разговаривают с ним. Его роль — будущее. Знает, что пошлют с Марса лучи. Это нужно для науки, будущего. Он — суперпередатчик, отражает лучи от марсиан и передаёт их обратно. Всё это больной говорит улыбаясь. Опасается, что врачи его расспрашивают неспроста. Больным себя не считает.

В отделении ни с кем не разговаривает, уединяется, сидит в стороне, подолгу сохраняет одну и ту же позу или стереотипно часами ходит по коридору. Отказывается от еды, ест только из рук персонала, при кормлении не сопротивляется, быстро глотает предлагаемую ему пищу. За своей одеждой не следит. Лекарство принимает пассивно. Физическое состояние — без значительных отклонений.

(Вводят больного.)

— *Мы с Вами второй раз видимся?*
— Да.

— *Вы в каком сейчас отделении?*
— В третьем.

— *Вам лучше?*
— Всё равно.

— *Вы лечитесь?*
— Лечат.

— *Как?*
— Инсулином.

— *Лучше становится?*
— Нет.

— *Вас необходимо лечить?*
— Как хотите.

— *Больны Вы или здоровы?*
— Дело ваше.

— *Семья есть у Вас?*
— Нет.

— *А мать?*
— Нет.

— *Кто Вас навещает?*
— Мать.

— *Значит она есть. Почему Вы говорите, что её нет?*
(Больной молчит.)

— *В больнице интересуетесь чем-нибудь? С больными разговариваете, книги читаете?*
— Нет.

— *Почему? Чем-либо заняты?*
— Нет, ничего не делаю.

— *Какие желания у Вас?*
— Никаких нет.

— *Вы несколько раз рассказывали о марсианах.*
— Ничего не говорил.

— *У Вас, в свою очередь, есть ко мне вопросы?*
— Нет.

— *Спасибо, до свидания.*
(Больной уходит.)

Сейчас состояние больного характеризуется негативизмом, недоступностью и достаточно выраженным безразличием, но этим не исчерпываются имеющиеся у него нарушения. Как следует из наблюдений последнего времени, обнаруживаются и другие проявления болезни. Временами его поведение становится кататоническим: он стереотипно ходит по коридору или застывает в однообразной позе. Далее: у больного обнаруживается фантастический бред общения с марсианами, влияющими на него «локатором». Он знает судьбы людей, служит науке будущего; он — хранитель государственной тайны. Во время возникновения парафренного бреда у него возникли псевдогаллюцинаторные воспоминания, что часто наблюдается на этом этапе.

Он вспоминал, что сосед Иван Михайлович десять лет тому назад предсказал ему будущее; в то же время (о чём он также внезапно вспомнил) был эпизод с лампой. [Кроме того,] следует отметить и наступление у больного временами депрессивного состояния.

Таким образом, состояние больного в настоящее время — эпилог развития всей его болезни. Оно очень полиморфное, очень разнообразное, как и бывает при конечных состояниях шизофрении. Больной, как теперь мы можем определить ретроспективно, страдает этой болезнью в течение почти всей жизни. По бесхитростному анамнезу матери в истории болезни детского психиатрического отделения очевидно, что он заболел шизофренией в возрасте 11 лет. В то время произошло изменение личности больного: он стал аутистом, дерзким, эмоционально холодным, утратил большинство прежних интересов. В последующем такие изменения психопатоподобного характера продолжали прогрессировать и приобретали явно г е б о и д н ы й характер. Больной становился одержим влечениями — к пьянству, бродяжничеству, онанизму. Гебоидный период развития шизофрении тянется много лет, но этим периодом шизофрения у него не исчерпывается. Появляются паранойяльные идеи: его преследуют, за ним следят агенты, его провоцируют, подбрасывают деньги и т. д., причём важно отметить, что вместе с возникновением паранойяльных явлений его пьянство и психопатоподобные расстройства явно уменьшаются и исчезают.

В дальнейшем возникают псевдогаллюцинации, бред воздействия, наконец, фантастический бред и кататонические явления.

Таким образом, юношеская гебоидная форма, которую относят к варианту простой шизофрении, временами принимала характер течения явно параноидный. Течение болезни у этого больного иллюстрирует относительную самостоятельность гебоидной и параноидной форм.

Вместе с тем течение болезни обнаруживает общий стереотип развития, присущий всем формам непрерывно протекающей шизофрении. Первоначально возникают той или иной тяжести негативные изменения личности, а дальше к ним присоединяются и позитивные расстройства — аффективные, паранойяльные, параноидные, фантастические [парафренные], кататонические.

Обладаем ли мы сейчас клиническими знаниями, позволяющими нам предполагать ещё в период гебоидных изменений все возможности дальнейшего развития шизофрении? На это можно ответить весьма неопределённо. Гебоидные проявления больного были чрезвычайно массивны. Он довольно скоро, вслед за первичными изменениями личности, не мог уже систематически работать. Это указывало на то, что редукция энергетического потенциала у него была выражена довольно значительно даже в самом начале развития болезни. По-видимому, подобные признаки являются прогностическими, указывающими на дальнейшее прогредиентное течение болезни.

Но быть фаталистом в подобных случаях нельзя. В 1923 году, когда заболел наш больной, арсенал терапии был явно недостаточен. Надо думать, что теперь своевременное начало лечения — диспансерного, нейролептиками, с энергичными попытками трудоустройства — может значительно смягчить выраженность гебоидного состояния, тяжесть его, сделать такого больного социабельным, а может быть, и предотвратить дальнейшее развитие процесса. Это то, что называют «вторичной профилактикой» — профилактикой прогрессирования болезни, профилактикой её экзацербации.

Пример этого больного иллюстрирует всю важность ранней диагностики шизофрении. Правда, нам сейчас очень легко ставить в вину ошибку в диагностике психиатрам, видевшим

больного лишь во время гебоидного периода развития его болезни. Теперь, при наличии хронического конечного состояния больного, сомнений в шизофрении уже нет ни у психиатров Москвы, ни у психиатров Ленинграда, но очень трудна была ранняя диагностика этой болезни, а в этом и заключается наибольший успех нашего терапевтического вмешательства. Клинику начальной шизофрении мы знаем ещё недостаточно.

Нужно также помнить возможности морализирующего отношения к больному. Вспомните — он пил, хулиганил, избивал [окружающих]. Диагноз алкоголизма, психопатии напрашивался невольно. При первом же поступлении в больницу имеющиеся у него изменения так легко были связаны с семейной коллизией. Клинику и этиологию болезни этим и пытались объяснить, диагностировав семейно-педагогическую запущенность. Последнюю гораздо легче обнаружить: она — на поверхности, а клинические изменения — в глубине; не говоря уже о том, что мы их ещё не изучили в совершенстве. В связи со сказанным я хочу напомнить вам то, что писал свыше 100 лет назад *В. Гризингер*: «Изменение в образе мыслей, в ощущениях и поступках тем заметней, чем быстрее сумасшествие совершается; напротив, заметить его гораздо труднее, если оно происходит медленно и постепенно, в течение нескольких лет, и такие случаи, в особенности если сумасшествие при этом остаётся в лёгкой степени, большей частью чрезвычайно трудно отличить от дурного характера, безнравственности, капризности, ложных жизненных воззрений. В других случаях, но значительно реже, сумасшествие не представляет никакого изменения, а только развитие и усиление выдающихся черт характера и свойств индивидуума».[1] Это положение *В. Гризингера* о закономерности, или, как мы теперь говорим, о стереотипе развития психоза, имеет актуальное значение и в наше время. Надо сказать, что и сейчас процесс, начинающийся незаметно, исподволь, нередко принимают за психопатию, за дурной характер, за результаты семейных неполадок, за педагогическую запущенность. От такого рода ошибок страдает, конечно, и прогресс нашей науки, а самое главное — наша практика, наша терапия, наша

[1] *В. Гризингер.* Душевные болезни. Русский перевод. 1867 г., с. 135.

возможность вмешиваться в природу болезни. Нередко родители, педагоги своевременно обращаются к психиатру, но из-за недостаточности знания клиники начала шизофрении или из-за предвзятости или одержимости «сужением границ» этой болезни, происходят такого рода чреватые последствиями ошибки. За эти 30 лет страдал не только наш больной, но страдали его жена и его ребёнок, его мать, сам он сидел в тюрьмах, а патологический процесс, предоставленный самому себе, неуклонно развивался по своим закономерностям.

Вернёмся вновь к особенностям клиники шизофрении. Переход паранойяльного периода развития шизофрении в параноидный указывает на генерализацию процесса. Генерализация процесса ещё более значительна в парафренном периоде развития шизофрении. На это указывают и депрессивные расстройства, возникающие во время развития парафренного бреда или предшествующие ему. И у нашего больного как во время, так и непосредственно перед развитием фантастического бреда можно было обнаружить периодическое развитие тяжёлых тоскливых состояний, вплоть до попыток самоубийства.

Аффективные расстройства участвуют в клинических проявлениях шизофрении гораздо чаще, чем мы думаем. В одних случаях они возникают в начале болезни, в других — сопровождают течение простой шизофрении, [и также] часто возникают впервые в парафренном периоде её развития.

Интересно ещё у этого больного отметить, что, несмотря на его значительный алкоголизм, существенного влияния [этого фактора] на клиническую картину болезни, за исключением кратковременного эпизода алкогольного галлюциноза, не обнаружилось.

Следует обратить внимание ещё на один момент в этой истории болезни: сопоставление больного с его сестрой. Один из них болен процессуальной шизофренией, а у другой обнаруживаются явные особенности характера. Нелюдимая старая дева, чрезвычайно замкнутая, эмоционально холодная. Относится ли её изменение к [эндогенному] процессу или к тяжёлой психопатии — сказать трудно. В целях генетических, естественно, следовало бы тщательно исследовать и сестру больного.

У больного — к о н е ч н о е с о с т о я н и е, без заметного преобладания кататонических расстройств. Это результат относительно благоприятного предшествующего течения болезни. Конечное состояние наступило у него на тридцатом году развития шизофрении. Выражением наиболее тяжёлого течения шизофрении, наиболее глубокого поражения является преобладание кататонических расстройств в конечном состоянии. По клинической картине конечных состояний, по объёму наступившего поражения мы можем судить об особенностях предшествующего течения шизофрении.

Оценка синдромов как отражения тяжести поражения головного мозга чрезвычайно важна. В клинических синдромах находит своё выражение логика мозгового [патологического] процесса.

Лекция 2

Особенности течения юношеской шизофрении

Вчера речь шла об одной из особенностей течения шизофрении, начинающейся в юношеском возрасте, но шизофрения, возникшая в эти годы, не всегда протекает одинаково. В одних случаях её течение более тяжёлое, в других — менее. Обнаруживаются даже случаи с регредиентным течением, постепенным наступлением некоторого улучшения. Сегодня и завтра я постараюсь вам изложить различные особенности течения юношеской шизофрении. Возможно, завтра удастся сопоставить её особенности с детской шизофренией. В последующих трёх-четырёх лекциях я остановлюсь на клинических особенностях шизофрении, манифестирующей после 40 лет и позднее. После этого мы перейдём к рассмотрению периодической шизофрении.

Больной Я., 22 лет

Анамнез. Бабушка по линии матери была странной, неряшливой, непрактичной, возбудимой; её часто называли «сумасшедшей». Мать больного раздражительная, вспыльчивая; с 19 лет у неё находили «вегетоневроз». В беседе с врачом несколько многословна, сведения о больном сообщает бестолково, непоследовательно, не отделяет главного от второстепенного. Отец больного требовательный, педантичный. Две старшие сестры больного неуравновешенные, одна из них лечится у невропатолога по поводу «нервности». Больной родился от третьей беременности, протекавшей с выраженными явлениями токсикоза. Родился в срок, роды протекали без осложнений. В раннем детстве развивался правильно, ходить начал к году, говорить к полутора годам. Ничем в развитии от

сверстников не отличался. Был послушным, спокойным, охотно играл с детьми, но был несколько пассивным, медлительным, в играх подчинялся другим, в детском возрасте им часто руководили сёстры. Рос физически здоровым. Перенёс корь, паротит, коклюш, протекавшие без осложнений. В 12 лет болел желтухой Боткина. Школу начал посещать с восьми лет. Учился хорошо, но занимался не очень усердно. Учителя отмечали его как способного, но ленивого. Имел товарищей, играл с ними во дворе. Со сверстниками ссорился редко, отличался уступчивым характером. Со второго класса охотно читал, любил литературу о путешествиях, приключениях. С 9—10 лет научился играть в шахматы, играл с приятелями, с отцом, нередко выигрывал. Четвёртый класс окончил с похвальной грамотой, в 5—6 классах также учился хорошо. По-прежнему был спокойным, в меру общительным, инициативу в играх и занятиях охотно предоставлял другим. В семье был послушен, с матерью и сёстрами ласков, словоохотлив, откровенен. Отца побаивался из-за его строгости и требовательности

В 15 лет, с начала учебного года 8 класса, заметно переменился, стал более пассивным, малоразговорчивым, меньше общался с прежними товарищами, отошёл от сестёр, с которыми прежде был дружен. Стал хуже успевать в школе, появились посредственные оценки, нередко не выполнял в срок задания, хотя много времени проводил за приготовлением уроков. По словам учителей, на уроках был невнимательным, вялым; приходя домой, нередко ложился спать, жаловался на головную боль. Появились раздражительность, грубость по отношению к матери, небрежно посмеивался в ответ на её замечания, иногда передразнивал её или злобно обрывал. В девятом классе учился по-прежнему посредственно. По словам матери, «сошёлся с хулиганами», где-то бывал по вечерам, стал употреблять нецензурные выражения, всё более грубо и равнодушно относился к родным, нередко по незначительному поводу злобно их бранил. Изменился внешне, был небрежен в одежде, причёске; изменилась походка — стал держаться при ходьбе неестественно прямо, несколько запрокидывал туловище, чеканил шаг. В десятом классе занимался только по настоянию матери, часто совсем не готовил уроки, не запоминал прочитанного, хотя подолгу сидел над учебниками. С товарищами не общался, целые дни проводил дома, смотрел телевизор или лежал. Семнадцати лет кончил школу с посредственными оценками.

Учиться дальше не захотел, но по настоянию матери сдавал экзамены в инженерно-экономический институт. По конкурсу не прошёл, к чему отнёсся равнодушно. Поступил на завод учеником слесаря, плохо работал, опаздывал, был рассеянным, не приобрёл необходимых навыков, вместо работы слонялся без дела. Отец устроил его на другой завод сантехником, но и там он работал

неохотно, ничем не интересовался, нередко был вялым, иногда в рабочее время забирался в гардероб и спал. С работой справлялся плохо, сотрудники жаловались на его лень. Сам же говорил, что к нему просто плохо относятся, придираются. В 18 лет настроение часто становилось пониженным, был угрюм, мрачен, молчалив. Однажды на работе пытался перерезать себе горло; его удержали. Был подавлен, не отвечал на вопросы. Его стационировали в психиатрическую больницу, откуда в тот же день был выписан родителями. На расспросы матери сказал ей, что хотел зарезаться, так как было «такое нечеловеческое настроение». Находился дома под наблюдением матери, не работал. Оставался молчаливым, замкнутым, постоянно лежал, лишь иногда немного помогал матери. Через два месяца по настоянию матери поступил на курсы по подготовке в институт. Занятия посещал аккуратно, но оставался одиноким, интереса ни к чему не было, задания выполнял небрежно, родным приходилось ему помогать. Временами был подавленным, говорил, что не хочет жить, что «ничего из него не выйдет». Через четыре месяца курсы оставил, стал более бездеятельным. Вскоре родные заметили, что больной безо всякой причины улыбается, гримасничает. Постепенно становился всё более пассивным, целыми днями ничего не делал, грубо относился к родным, подолгу сидел, не меняя позы; жаловался на «сумбур в голове». Иногда становился напряжённым, к чему-то прислушивался, внезапно хватался за голову руками, закрывая глаза, от чего-то отмахивался, то краснел, то бледнел. Однажды сказал, что у него нет родителей, что родителей убили фашисты. Тут же заявил, что ему надо жениться.

Стационирован в психиатрическую больницу.

В больнице первое время спокоен, малодоступен, о себе рассказывал неохотно. Сведения о его прошлом от него получить не удавалось. Уклончиво спрашивал: «А зачем это вам?»; своих поступков не объяснял. То подолгу молчал, не отвечая на вопросы, то начинал много и громко говорить, пространно рассуждая. Заявлял, что у него в голове бывают «чужие мысли». Больным себя не считал, говорил, что мать привезла его в больницу «отдохнуть».

Во время беседы гримасничал, вычурно жестикулировал. Отмечались угловатость, неловкость движений и походки. В отделении бесцельно ходил по коридору. Мог читать газету, но о содержании прочитанного рассказать отказывался. С больными в беседу не вступал. Отмечалась неряшливость в одежде. К пребыванию в больнице относился равнодушно. Порой нелепо посмеивался, нередко бывал груб с персоналом, держался развязно.

Через месяц состояние изменилось. Стал напряжённым и подозрительным. Заявлял, что его отравляют, что персонал и больные смотрят на него с подозрением, что ему делают «плохой инсулин». Говорил, что у него «чужие мысли», что у него «крадут мысли»,

что ему «делают мысли». Требовал выписки; заявлял, что дома он топором перережет себе шею. Был злобен, цинично бранился, проявлял агрессию, сопротивлялся при лечении. Иногда, отвернувшись к стене, что-то шептал, отказывался от еды. К матери был враждебен, на свиданиях с ней не разговаривал, быстро уходил. Временами заявлял, что она ему неродная, что его мать убили фашисты. В дальнейшем состояние колебалось. На некоторое время появились черты дурашливости, гримасничал, посмеивался, что-то неразборчиво шептал. При расспросах заявлял, что он одарённый как гений, что у него «великая семья». Затем вновь становился напряжённым, грубо отвечал на вопросы; с подозрением относился к лечащему врачу. Не спал ночью, оставался малодоступным, злобным, временами бил и отталкивал персонал. Находился в больнице около 10 месяцев, лечился шоковыми дозами инсулина (20 шоков [до] 150 ЕД), внутримышечными инъекциями аминазина. При обследовании в больнице со стороны соматики патологических отклонений не отмечалось. Результаты лабораторных анализов также были в пределах нормы. К концу пребывания в больнице после длительного лечения аминазином (в течение шести месяцев по 500—600 мг) больной стал несколько спокойнее, исчезли злобность и дурашливость, пассивно подчинялся, оставался бездеятельным. Себя считал здоровым. Был выписан домой с назначением поддерживающей терапии аминазином. Дома пробыл два месяца, первое время был молчалив, вял, много лежал, иногда гулял один.

В течение месяца был спокоен, но не спал по ночам, гримасничал, нелепо смеялся, то говорил, что он «герцог», один из членов правительства, то, что он «дурак» и ему не стоит жить. Часто грубо бранил мать, принимал вычурные позы, иногда что-то шептал.

Повторно стационирован. Пробыл в больнице около двух лет. Бóльшую часть времени лежал в постели, укрывшись с головой одеялом, был неряшлив, мочился под себя, онанировал. Держался фамильярно, ко всем обращался на «ты»; ответы были односложными; себя считал здоровым, говорил, что в больнице «отдыхал». Временами становился беспокоен, дурашлив, совершал множество вычурных движений, много ходил, становился многословным, пытался обнимать сестёр, смеялся. Высказывания были крайне непоследовательными, отрывочными, иногда выкрикивал одни и те же слова, смеялся, говорил, что слышит голоса, которые называют его «гермафродитом» и «сумасшедшим». Спрашивал у врача: «Голоса тебе говорят?» Рассказывал, что слышит женские голоса, которые повторяют: «Не умирай, не умирай». Иногда бегал по коридору, делал какие-то знаки руками, говорил, обращаясь к кому-то: «Ну, ну, очкастый, спроси, что такое электричество». Заявлял, что он Маяковский, у него великая семья. В другие периоды бывал злобным, отказывался от лечения, плохо ел, утверждал, что его отравляют,

хотят убить. Проводилось лечение инсулином (27 шоков по 84 ЕД), не давшее никакого эффекта; затем больной длительное время получал аминазин (суточная доза 700—1000 мг) без видимого улучшения. В дальнейшем начато лечение стелазином (40—45 мг). Спустя месяц стал несколько спокойнее, опрятнее, уменьшилась дурашливость. Появилась вялость, много лежал. Выписан с поддерживающей терапией. Дома провёл только пять дней: был злобен, избил мать, разбросал вещи, не спал ночью, гримасничал, что-то шептал. В этой связи вновь возвращён в больницу.

При последнем стационировании находился в больнице около девяти месяцев. Вначале гримасничал, суетился, совершал вычурные движения, нелепо хохотал, часто повторял одни и те же фразы. Высказывания были отрывочными. По ночам будил больных, собирал со всех коек матрацы, бегал обнажённым, онанировал, был неряшливым, злобным, говорил, что ему мешает спать женщина, которая с ним разговаривает. Затем это состояние сменилось вялостью, безразличием, стал молчалив, бóльшую часть времени проводил в постели, укрывшись с головой. При обращении к нему отвечал неохотно; часто заявлял: «Не помню, не знаю»; выражение лица было безразличным; говорил врачу: «Отстань, я спать хочу». Временами становился злобным, напряжённым, цинично бранился, говорил, что в больнице над ним издеваются, хотят убить, врачей называл «фашистами». Затем вновь становился дурашливым, гиперсексуальным, пытался схватить и повалить сестёр и нянь, смеялся и пел, говорил, что у него «много силы» и её «некуда девать». К матери на свидании был безразличен, грубо забирал принесённые ею продукты и уходил. Длительно лечился аминазином (600—800 мг в сутки) без видимого эффекта. Затем было начато лечение стелазином. На третий месяц лечения (в дозе 50—60 мг в сутки) стал несколько спокойнее, опрятнее, исчезли злобность и дурашливость, появились вялость и пассивность, начал подчиняться персоналу. Ходил на трудотерапию, но ничего не делал, подолгу намазывал клей на одну и ту же полоску бумаги. Через пять месяцев был выписан матерью на поддерживающей терапии стелазином (20 мг).

Дома пробыл около пяти месяцев, регулярно принимал стелазин. Вначале оставался бездеятельным, неряшливым, отказывался помогать матери, не хотел ходить за водой, говоря, что «там страшно», «преследуют страхи». Через месяц стал активнее, аккуратнее, начал умываться, помогать матери, согласился работать в мастерских. Посещал лечебно-трудовые мастерские диспансера, клеил конверты, работал аккуратно, но медленно. Был молчалив, одинок; в диспансер его провожала мать. Проработал в мастерских около месяца. Затем вновь стал пассивным, вялым; жаловался на головную боль; мать отвезла его в дом отдыха.

Там был спокоен, во всём слушался мать, гулял только с ней, без неё был беспомощным, держался отдельно ото всех. Через две недели состояние ухудшилось, снова стал злобным, неряшливым, гримасничал, неадекватно улыбался, посмеивался, отказывался от еды, плохо спал.

Стационирован в больницу. При поступлении гримасничал, на вопросы отвечал с задержкой, давая нелепые ответы. Был суетлив, раскачивался на стуле, хлопал рукой по ноге, говорил: «Почему мутерхен не приходит кормить?», «Евреи, встать!» Отвечал, что разговаривает с евреями. В отделении был недоступен, злобен, неряшлив, неопрятен мочой, онанировал, бóльшую часть времени лежал в постели, уткнувшись в подушку. Заявлял, что ему душно, что у него постоянно «спирает дыхание». Считал себя тяжело больным, просил отправить его в хирургическую больницу. Вначале лечился аминазином (500 мг в сутки), а в дальнейшем — стелазином. На дозе последнего в 20 мг стал подвижнее, начал выходить на прогулку, по-прежнему сообщал о неприятных ощущениях в горле, говорил, что ему душно. Просил обследовать его организм. Заявлял, что у него «что-то не ладится в пищеводе или в горле: там какая-то шишка», просил сделать ему анализы крови и мочи, ему «испортили здоровье», «не давали поспать». Считал, что, может быть, у него рак пищевода. Сообщал обо всём равнодушно, позёвывая, посмеивался, насвистывал. С врачом держался фамильярно, требовал папиросы, обращался на «ты». Медсестёр и врача-женщину, проходившую мимо, пытался обнять. На второй неделе лечения стелазином стал злобным, напряжённым; говорил, что его хотят заразить, что сыпят в нос «инфекцию»; то подтверждал наличие голосов в голове, то отрицал их.

В настоящее время больной продолжает получать лечение стелазином (60 мг в сутки). Бóльшую часть времени лежит в постели, обычно без подушки, которую отодвигает в сторону, часто накрывается с головой. Онанирует. Неряшлив, бездеятелен; ни с кем не общается; выражение лица безразличное, одежда и волосы в беспорядке. При обращении к нему отвечает недовольным тоном, с раздражением. Отказывается от еды, говоря, что хочет спать, отворачивается в сторону или цинично бранится и говорит: «Отстань». Угрюм, молчалив. При настойчивых расспросах отвечает, что слышит в голове множество голосов; «галлюцинации» мешают ему спать, говорят разные гадости; он не может от них избавиться. По мере беседы несколько оживляется, отвечает более охотно. Себя считает уже здоровым; боли в пищеводе, ощущение жара в груди прошли. Спрашивает, когда его выпишут. Иногда отрицает у себя слуховые обманы, о которых только что говорил, заявляет, что голоса были раньше, а теперь их нет. Часто отвечает по-разному, в

зависимости от поставленного вопроса: то отрицает, то соглашается с одним и тем же (болит голова? — болит; не болит голова? — не болит; он хочет домой, он не хочет домой). Нередко повторяет в ответе слова вопроса. Держится развязно, сидит в расслабленной позе, почёсывает голову, ковыряет в носу, теребит нос, позёвывает. Увидев другого врача, крикнул: «Привет Шишкину». С больными не общается, не знает имён больных и персонала, ничем не интересуется, бездеятелен, пассивен. Планов на будущее нет, говорит, что после выписки будет дома «отдыхать», а может быть, женится, а может быть, пойдёт учиться в институт, а может быть, работать в мастерские. На последнем свидании с матерью говорил, что это не его мать, не хотел с ней разговаривать, быстро ушёл со свидания, отказывался брать передачу, но потом взял. Неряшлив, не следит за своей внешностью, не умывается, ходит босой, в нижнем белье, окурки бросает на пол. Не реагирует на замечания персонала. Ко всему безразличен, пребыванием в больнице не тяготится. Физическое состояние без патологии.

В дальнейшем существенных изменений состояния не отмечалось. Оставался бездеятельным, неряшливым, замкнутым, малодоступным в беседе, подолгу лежал в постели, укрывался с головой, часто онанировал. При временном прекращении лечения в связи с обследованием больного настроение несколько повысилось, с каждым днем становился активнее, меньше лежал в постели, развязно и фамильярно разговаривал с врачом и персоналом, обращался к ним на «ты». Заявлял, что он совершенно здоров, хочет выписаться и жениться. Цинично ругался, часто употреблял жаргонные выражения, расхаживал по отделению, громко разговаривал с больными, напевал песни. Через десять дней после отмены лечения настроение понизилось с оттенком тревоги и угрюмости, становился напряжённым, временами испытывал страх. Появилось и усиливалось гримасничанье — хмурился, морщил лоб, высовывая язык, выпячивал губы. Походка сделалась скованной; ходил, широко расставляя ноги. Нарастали двигательная заторможенность, повышение мышечного тонуса. Говорил, что ничего не понимает, ничего не соображает. Сообщил, что слышит внутри голоса, они его ругают, приказывают цинично браниться. Говорил, что давит в горле, это, возможно, рак. Отвечал с бóльшими задержками; часто говорил: «Не знаю, не понимаю». Становился более медлительным, напряжённым. Подолгу простаивал у окна, смотрел вдаль или сидел в углу палаты на полу. Ответил, что мысли путаные и обрываются, он ничего не понимает, не понимает, что с ним происходит, думать не может. В голове — чужие мысли, они им управляют. Испытывал страх; временами отмечались то загруженность, то растерянность. Пассивно подчиняем; жалуется на головную боль; ночью плохо спит.

(Входит больной.)

— *Здравствуйте, как поживаете?*
(Больной молчит.)

— *Хорошо? Плохо?*
(Больной молчит.)

— *С каким успехом идёт лечение? Лучше становится?*
— Нет.

— *Больны Вы или здоровы?*
— Болен.

— *В чем заключается Ваша болезнь?*
— В чем заключается болезнь — не знаю.

— *Хочется выздороветь?*
— Нет.

— *Предпочитаете находиться в больнице? В больнице лучше, чем дома?*
— Так же.

— *Какие у Вас желания?*
— Не знаю. Спать.

— *Спать лучше, чем быть бодрым?*
— Бодрым? Не знаю.

— *Довольны, когда Вас навещают родители?*
— Недоволен.

— *Почему?*
— Потому что... Не знаю.

— *Отец у Вас чем занимается?*
— Отец?

— *Кто он по специальности, кем работает?*
— Не знаю.

— *А кто Вас лечит? Врача своего знаете или нет?*
— Не знаю.

— *В каком отделении находитесь?*
— Не знаю.

— *А у Вас есть какие-нибудь вопросы ко мне?*
— Нет.

— *Какие-нибудь желания?*
— Нет.

— *Что же, Вы намерены постоянно жить у нас в больнице или нет?*
— Тоже не знаю.

— *Может быть, Вам хочется вылечиться, учиться, жить, как все? Расстраивает Вас, что Вы больны и у Вас так сложилась жизнь?*
— Не знаю, всё равно.

— *Что же Вы хотите?*
— Ничего не хочу.

— *Спасибо, до свидания, а руку почему не подаёте?*
— Не знаю.

(Больной уходит.)

Заболевание у этого больного началось примерно в том же возрасте, что и у разобранного вчера, но первый период развития заболевания у них различался. Такого рода отличия, возможно, и определили дальнейшее развитие болезни. У показанного вчера больного первый период течения заболевания характеризовался тяжёлыми психопатоподобными [про]явлениями с расторможением влечений. Хотя у него также отмечалось некоторое снижение психической активности, некоторая редукция энергетического потенциала, но по сравнению с данным больным это снижение было значительно меньшим. У больного, с которым мы познакомились сегодня, заболевание с самого начала протекало с резким снижением психической энергии, он сразу [после начала болезни] начал становиться всё более и более бездеятельным, эмоционально опустошённым. У него не было часто встречающегося в течении юношеской шизофрении периода одностороннего увлечения, не обнаруживалось в развитии заболевания того карикатурного преувеличения, гротескного выражения тех особенностей, которые свойственны юношескому возрасту. Первый трёхлетний период заболевания протекал у него при полном отсутствии каких-либо патологических позитивных симптомов, даже в форме утрированного изменения свойств, характерных для юношеского возраста; можно допустить предположение, что такое развитие болезни является наиболее неблагоприятным.

В дальнейшем, при экзацербации процесса, у больного возникают характерные, особенно для юношеского возраста, депрессивные состояния. Больной становится на некоторое время крайне подавленным, мрачным и внезапно совершает попытку самоубийства. Вслед за этим развивается рудиментарное параноидное состояние. Оно характеризуется фраг-

ментарным, отрывочным бредом преследования, бредом иного происхождения и отдельными, тоже рудиментарными, проявлениями психического автоматизма. Больной говорит о воздействии, у него обнаруживаются псевдогаллюцинации. Как и у первого больного, простая форма, начавшаяся в юношеском возрасте, переходит в рудиментарную параноидную форму и даже с проблесками в дальнейшем бреда величия. Больной утверждал, что он происходит из великой семьи, что он — Маяковский, что он одарён как гений. Но это только отдельные фрагменты парафренного состояния, которое в развитой форме, со всеми своими клиническими деталями обнаруживается у больного не с таким форсированным и злокачественным течением шизофрении [речь идёт о первом случае].

У больного быстро наступило конечное состояние. То, что мы увидели сейчас у него, — это состояние апатического слабоумия, прерывающееся иногда возбуждением: то кататоно-гебефренным, то кататоно-импульсивным. Возможно, что невыраженность кататонического возбуждения зависит от постоянного приёма нейролептиков — стелазина в довольно большой дозе (60 мг в сутки). Во всяком случае, во время прекращения приёма стелазина кататоническое возбуждение резко усилилось.

Клиническая картина психоза, как и во всех случаях конечного состояния шизофрении, несмотря на её рудиментарность в данном случае, всё же генерализовалась. У больного впервые возникли ипохондрические расстройства: он стал утверждать, что у него рак пищевода. Далее произошло усиление вербальных псевдогаллюцинаций. Временами он выглядел как «носитель голосов».

Таким образом, развитие шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте, в своём главном направлении схоже с шизофренией, возникающей в зрелом или позднем возрасте. Оно характеризуется непрерывно расширяющимся объёмом поражения. Первоначально у больного обнаруживались лишь негативные расстройства, затем возникли позитивные, аффективные, далее — рудиментарные паранойяльные, параноидные, отдельные парафренные, и наконец, — фантастические ипохондрические с усилением вербальных галлюцинаций и вспышками кататоно-гебефренного возбуждения. В последу-

ющем полиморфизм покрывается апатическим состоянием, но лишь внешне. Терпеливое исследование обнаруживает за недоступностью больного, его негативистическими ответами сохраняющиеся галлюцинаторные, фантастические и бредовые расстройства.

Клиника начального периода шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте, характеризуется прежде всего ослаблением психических возможностей, падением психической активности, эмоциональным опустошением. Негативные, свойственные шизофрении, симптомы здесь проявляются особенно выраженно. Клиническая картина юношеской шизофрении, как правило, видоизменяется особенностями психического склада, свойственного этому возрасту, что в своё время отмечали психиатры в конце XIX века. *Э. Геккер*, описавший гебефрению, о психических особенностях данного возраста говорил следующее: «Это многознаменательная эпоха человеческой жизни, когда духовное существо человека впервые начинает сознавать свою личность, своё индивидуальное бытие. Возникает контраст между стремлением к необъятному и ограниченностью ещё детского кругозора. [Выражение:] „голова титана на туловище ребёнка“ — составляет духовную сущность этого революционного периода развития. К этой картине периода „линьки“ принадлежит резкая противоположность между страстью к фантастическим идеям, мировым вопросам и [склонностью к] весёлым, фривольным шуткам, между отзывчивостью и грубыми выходками с бессердечием, угловатостью и резкостью манер».

Такая особенность нормального возраста полового созревания в карикатурном, утрированном виде проявляется уже в начале шизофренического процесса и создаёт тот особый отпечаток клинической картины простой и гебефренической форм.

Э. Геккер отмечал дальше, что возникший в этом возрасте психоз «кладёт предел духовному развитию», ведёт к задержке психического развития на уровне ювенилизма. Больному, особенности заболевания которого сейчас разбираются, 24 года, а выглядит он по своему психическому облику гораздо моложе — 16-летним. Задержка развития происходит почти всегда, и на неё необходимо обращать внимание, она, несомненно, имеет и прогностическое значение.

Первыми продуктивными симптомами юношеской шизофрении часто бывают депрессивные. Болезнь начинается с меланхолии, но не глубокой, как у взрослых. Мрачные часы с мыслями о самоубийстве неожиданно сменяются дурачеством. Разговорные темы у них вечно одни и те же, и даже высказываются они в излюбленных оборотах и формах. «Любовь к жаргонным выражениям уживается у них с взвинченной сентиментальностью» (*Э. Геккер*).

Начальная депрессия юношеской шизофрении обычно протекает в стёртом виде, создавая иногда ложное впечатление тупости, ступидности. Это ведёт нередко к ошибочной оценке состояния таких больных: депрессия просматривается, и состояние больных определяется как эмоциональное опустошение — вялое, тупое, апатическое.

«Психический процесс выступает в этих случаях не с прежней живостью, не в прежнем объёме. Если больные кажутся вялыми, точно погруженными в сон, и беседа с ними в высшей степени утомительна, то это — меланхолическое настроение, а не действительная умственная тупость» (*Л. Майер*). При возникновении депрессивного состояния негативные симптомы выглядят интенсивнее, более преувеличенными, чем есть на самом деле. Это нужно всегда иметь в виду при клинической оценке особенностей юношеской шизофрении.

[Больной] И., 28 лет

Отец матери странный, «романтик», писал стихи, ушёл с цыганами, где-то погиб. Мать больного легкомысленная, увлекающаяся, непрактичная, рассеянная; покинула мужа, оставив ему сына. С четырёхлетнего возраста больной жил с отцом, мать не интересовалась его судьбой. Отец больного по характеру живой, общительный.

Больной родился в срок, развивался нормально. Был подвижным, непоседливым, разговорчивым, общительным, послушным. Жил с бабушкой, был к ней привязан. С пятилетнего возраста воспитывался в детском саду. В новой обстановке быстро освоился. Воспитательницы его любили, он охотно участвовал в детских играх, пел, танцевал, хорошо рисовал. Всегда был в компании детей, охотно посещал детские утренники, спектакли, об увиденном и услышанном живо рассказывал, любил фантазировать, мечтал о сказочном.

В первые годы жизни ничего о матери не знал, ему говорили, что её нет, но, когда ему было шесть лет, мать навестила его в детском саду. Рассказал об этом бабушке, но скоро забыл. Учиться начал с семи лет, успевал хорошо. В первых классах был отлич-

ником. Оставался общительным, озорным. В десятилетнем возрасте, в третьем классе, познакомился с мальчиками, заставлявшими его воровать деньги у отца, которые он тратил с ними на покупку сладостей и развлечения. После того как отец узнал и наказал его, перестал воровать. Мог пропускать занятия в школе, гулял с друзьями в парке. Учиться стал хуже, ленился. Хорошо рисовал, часто рисовал карикатуры на учеников, преподавателей, потешал этим весь класс. Преподаватели называли его способным, но «лентяем». Интересовался всем; сам в третьем классе поступил в музыкальную школу, там занимался неровно: то с увлечением и помногу, то совсем забрасывал учёбу. В одиннадцать лет стал посещать конькобежную секцию, затем увлёкся плаванием, но все увлечения быстро проходили. С пятого класса перешёл в художественную школу для одарённых детей, сам хлопотал об устройстве в эту школу, прошёл конкурс. Нравилось модно одеваться. Охотно посещал школьные вечера, танцы, проявлял интерес к девочкам.

В 15 лет заинтересовался философией, но читал в этой области мало и несистематически. С того времени стал дерзким, раздражительным. Зимой того же года больного навестила мать, был взволнован её приходом. Забыл о встрече с ней, происшедшей в шестилетнем возрасте; не знал, что у него где-то есть мать. Болезненно относился к критическим замечаниям родных о матери, требовал, чтобы её не оскорбляли. Виделся с ней несколько раз, а позже переписывался. Отцу на замечания заявлял, что не может обойтись без матери. В школе в то время стали обращать внимание на его рисунки, в которых появились диспропорции, странные линии. Преподаватели сообщили об этом отцу и рекомендовали показать мальчика психиатру. В 15 лет он был показан психиатру, но тот не обнаружил отклонений от нормы. По возвращении после каникул родные заметили, что он стал ещё более странным, равнодушно относился к занятиям, пропускал их; ранее очень привязанный к бабушке, стал к ней безразличен.

Начал увлекаться библией, философским учением Толстого, Достоевским, много читал. При обращении к нему заявлял, что занят «метафизическими размышлениями», что наслаждается словом и мыслями Евангелия. Познакомился с учением йогов, видел в нём «простоту человеческого тела, духовную красоту, умение владеть собой». Во всём стал следовать учению йогов. Усиленно занимался гимнастикой, спортом. Утверждал, что философские мысли нашли подтверждение у него в голове. Постоянно занимался дыхательной гимнастикой, подолгу стоял на голове. Пил холодную воду, часто через нос. Отцу доказывал свою правоту; раздражался, когда старались его переубедить. Оставил занятия в школе. Много времени проводил в библиотеке, где интересовался «этикой греков», индийской философией. Несмотря на пропуски занятий и плохую

успеваемость, был аттестован и получил диплом об окончании художественного училища. Друзей растерял; охладел ко всем развлечениям; у него осталось только два товарища, таких же странных, как и он. В 17 лет, после консультации психиатра, его предложили стационировать, но отец отказался. В течение года больной оставался дома. Все дни читал книги об исследованиях космоса, истории Индии. Тратил много денег на покупку трудов индийских философов. Заявлял, что философия для него — главная цель жизни. Говорил, что современное мировоззрение дисгармонирует с его философскими взглядами, поэтому его поступки кажутся странными. Пытался найти «проблески красоты», применить их к себе, для этого придумал особую «греческую причёску». Мечтал стать дровосеком, чтобы «приблизиться к природе». Себя называл выдающимся философом, родных — глупцами. Дома был злобным, раздражительным, рисовал вычурные рисунки, часто изображал фигуры египтян, Будды. Решил уехать в Индию, написал об этом в посольство Индии письмо, в котором просил дать ему индийское гражданство. Не мог объяснить, зачем ему надо ехать в Индию, говорил: «Там видно будет». Во время призыва на военную службу консультирован психиатром и по просьбе отца направлен в психиатрическую больницу.

В больнице: неряшливо одет, заявлял, что одежде не придаёт значения, «лишь бы красиво смотрелась голова», свою причёску назвал «свободно греческой». Боялся, что под влиянием лечения могут искусственно извратить его мировоззрение. Говорил о том, что основной целью жизни является «познание самого себя, понимание красоты жизни и близость к природе». Держался высокомерно, настроение было приподнятым, ел мало, объясняя, что «аппетит — дурная привычка». Не брился, тщательно рассматривал лицо в зеркале, уделяя особенное внимание своей причёске. Когда ел, то делал вычурные движения. Был малообщителен. После лечения инсулином стал спокойным, молчаливым, избегал разговоров с врачом, отшучивался. Много писал, делал выписки из старых религиозных книг, постоянно читал, преимущественно учение йогов. Заявлял: «Это учение — моё существо». Отцом устроен в художественную мастерскую по оформлению витрин, но там проработал месяц. Дома оставался бездеятельным, постоянно читал, писал либо подолгу сидел на корточках в «позе йогов», закатив глаза. Стал неряшливым в одежде, редко мылся. По-прежнему делал вычурную причёску. Днем не ел, ночью съедал большое количество пищи. Часами сидел один, просил, чтобы ему не мешали, так как у него «интересная мысль». Вновь стал говорить о поездке в Индию.

Повторно стационирован в психиатрическую больницу, где держался высокомерно, резонёрствовал, неадекватно улыбался; суждения его были вычурными; порой над чем-то смеялся, иногда цинично бранился, кому-то угрожал. Заторможен, речь с элементами

разорванности. В книгах, газетах делал вычурные пометки, придавал им особое значение. Заявлял, что кто-то руководит его мыслями, действиями, поступками. После лечения инсулином в сочетании с аминазином стал спокойнее; поведение упорядочилось. Без критики относился к своим высказываниям. После выписки работал художником в различных мастерских, часто меняя места работы; в мае уехал к товарищу, больному шизофренией, в Крым, где ничего не ел, на пляж ходил в зимней одежде, оброс. Через психоприёмник направлен в Москву и вновь помещён в психиатрическую больницу.

Был дурашлив, беспричинно смеялся. Введённый в кабинет для беседы, сидел, развалясь на стуле, часто менял позу, поправлял длинные волосы, задумывался над простыми вопросами, при этом щурил один глаз, говорил детским голосом. При этом ответы его были резонёрскими — постоянно говорил о физическом совершенстве. Последующее время лежал в постели, беседы избегал. Рисовал фигуры женщин в египетском стиле. В течение восьми месяцев проводилось лечение аминазином, резерпином, далее — стелазином. Стал более приветливым, напевал индийские мелодии. Постоянно настаивал на выписке. По настоянию отца выписан. Был устроен художником в клуб железнодорожников, но вместо порученной работы поднимал штанги, бродил без цели.

Стационирован в психиатрическую больницу, где говорил, что врачи — следователи, что в больнице установлен магнитофон, нет еды; прятал вещи, застывал в однообразных позах. Отмечалась подозрительность: считал, что врачи враждебно к нему относятся, отказывался от аминазина. Выписан по настоянию матери; находился дома около месяца и был возвращён в психиатрическую больницу.

При поступлении негативистичен, напряжён, подозрителен, к чему-то прислушивался, говорил, что ему подсказывают мысли. В отделении держался в стороне, рисовал стереотипные фигуры женщин египетского профиля, часто был дурашливым, гримасничал. Лечился стелазином (до 70 мг в сутки). Перед выпиской стал более последовательным в беседе, принимал участие в наружных работах.

После выписки три месяца находился дома. Был бездеятельным, замкнутым. Не выходил из дома, подолгу лежал в постели. Если удавалось уговорить его выйти, то менял рубашку, прихорашивался. Временами становился злобным, раздражительным, гримасничал. Спрашивал отца, почему тот подозрительно на него смотрит, следит за ним. Временами озлоблялся, баррикадировал дверь, отказывался от еды, не спал ночами, бродил по Москве.

Вновь помещён в больницу, где и находится по настоящее время. При поступлении манерен, от беседы отказывается, себя считает здоровым, своё поступление в больницу объясняет тем, что живёт не с родными, а с «однофамильцами». Отказ от еды

объясняет тем, что «дома мясо пахнет мертвечиной». Говорит, что он «выдохнул весь воздух», который был у него в голове. На вопрос часто отвечает вопросом, ничего общего не имеющим с темой беседы.

В последующие дни манерен, гримасничает. Речь с чертами резонёрства. В поведении — черты дурашливости. Избегает общения с кем-либо. Отказывается от свидания с отцом, говоря, что у него никого нет. Бездеятелен, бо́льшую часть времени проводит в постели, ни с кем не общается, пассивно подчиняется персоналу. На вопросы не отвечает или говорит быстро, не обращая внимания, слушают ли его. Высказывания отрывочны: «Галактика не система, её создал черт… Бог не система. Нужно вернуться в Америку, в Индии нечего делать». Или: «Мозги не работают… Храм науки… Ветер, монастырь… Вам купить бутылочку вермута?» На вопрос, чем он занят, отвечает: «Косточка… Трамвай около кладбища… Привет ключу…». Однажды заявил, будто только что был на системе Экзиртас: «Там хорошо, Север-прибой, Кольцо-система. Я прибыл вчера на психовозе из милиции, где уплатил штраф 5 рублей и получил сдачу 3 рубля грубостью». Временами угрюм, злобен, бьёт больных, цинично бранится. Когда к нему обращаются, отказывается отвечать, называет на «ты», требует, чтобы его оставили в покое. Лежит укрывшись с головой. После пункции заявил, что у него извлекли «микрокосмос». Во время перерыва в лечении возникло возбуждение с бессвязностью. После начала лечения стелазином в сочетании с аминазином по-прежнему вял, бездеятелен, неряшлив. Иногда ходит грязный, просит у больных покурить, собирает окурки. Бо́льшую часть времени проводит в постели, лежит в пижаме; постель в беспорядке. Пребыванием в больнице недоволен, так как считает себя здоровым, просит выписки, говорит, что ему нужно пойти погулять. При отказе равнодушно уходит. В настоящее время остаётся несколько дурашливым, бездеятельным, неряшливым. К окружающему безразличен, с больными не общается, лишь просит дать ему папиросы. То лежит без дела, укрывшись с головой, то делает из бумаги самолётики и кораблики; ходит по коридору, смеётся и что-то говорит, обращаясь к сделанным им корабликам. Интереса к беседе с врачами не проявляет. Смеётся, подмигивает, сидит в небрежной позе. Себя считает здоровым, повторяет в одних и тех же выражениях, что прежде он был болен от воздуха, который находился у него в голове, что воздух давил на все пять органов чувств. Объясняет, что попал он к нему в голову давно из-за того, что он неправильно дышал, что это бывает у многих людей, которые неправильно дышат. Поясняет, что в мозгу «есть две такие дырочки и две полочки „Тунис Бенгеле“, и, когда люди неправильно дышат, воздух через них попадает в мозг и одновременно в живот, где образуются газы и давление на аппендикс, который

является блуждающим нервом, и из-за этого расстраиваются все шесть органов чувств». Люди, по его словам, тогда плохо ориентируются в реальности и становятся «инфекционно-психическими больными». Отмечает, что у него это также было, но этим летом в Виннице его научили ребята, и он этот воздух выдохнул через нос, так, что тот ушёл из головы. Заявляет, что теперь он здоров; что будет делать — не знает: может быть, работать, а может быть, учиться, а может быть, отдыхать — ему всё равно.

(Входит больной.)

— *Здравствуйте. Как здоровье?*
— Нормально, всё хорошо.

— *А почему находитесь в больнице?*
— Кто-то взял меня сюда.

— *При каких обстоятельствах?*
— Понятия не имею.

— *Считаете правильным Ваше помещение в больницу?*
— Неправильным.

— *А может быть, действительно Вы больны?*
— Вполне возможно.

— *Какая же болезнь у Вас?*
— Никакой болезни.

— *Но Вы допускаете возможность болезни?*
— Попить можно? *(Берёт стакан, пьёт.)* Спасибо.

— *Какие у Вас интересы в жизни?*
— Интересы? Выписаться.

— *А кроме выписки?*
— Работать.

— *Где будете работать?*
— На любом предприятии.

— *Вам безразлично, на каком?*
— Безразлично.

— *Раньше Вы рисовали, кончили даже школу… А сейчас?*
— Сейчас я не рисую.

— *Почему?*
— Закончил школу.

— *И рисовать перестали?*
— Да.

— *Утратили всё, что получили в школе?*
— Да.

— *Не жаль?*
— Нет.

— *Философией Вы тоже одно время очень увлекались?*
— Да, так, увлекался философией по мере развития моего «Я». Организм рос. Я буквой увлекался.

— *Буквой или содержанием?*
— Сначала буквой, потом содержанием.

— *А теперь утратили к этому интерес?*
— Утратил.

— *Гимнастикой йогов занимались?*
— Да нет, тоже утратил.

— *Почему Вы всё утратили в жизни?*
— А что здесь делать? Только утрачиваешь, ничего не приобретаешь. Просто сумасшедший дом.

— *Но Вы утратили ещё до́ма.*
— До́ма утратил, а [пото́м] сюда привезли; я здесь уже пятый месяц нахожусь.

— *Настроение у Вас какое?*
— Бодрое.

— *Не задумывались, хотя бы иногда, почему так произошло, что Вы ничего не добились, что по существу можете существовать только на иждивении отца?*
— Какого отца?

— *Своего отца.*
— Я же работаю.

— *Задумывались, почему так происходит?*
— Я задумывался.

— *И что?*
— Как что?

— *К чему пришли?*
— Я работаю, на работе мне деньги платят.

— *Какова же Ваша работа?*
— Плакаты красить.

— *Это когда-то было, сейчас ничего не делаете.*
— Как ничего? Я всё время работаю дома.

— *Какие у Вас желания?*
— Никаких желаний. Работать, учиться, кнопки нажимать. Были деньги, сейчас ничего нет.

— *К кому-нибудь привязанность есть? Привязанность к отцу, к матери?*
— Есть.

— *К кому?*
— К сестре маленькой.

— *А к отцу?*
— К отцу нет. Он взрослый человек.

— *А к матери?*
— У меня нет матери. Матери нет, честное слово — нет, не было, отродясь не было. Бывает так в жизни. У гражданки тоже, может быть, нет матери. Что со мной делать? Только выписать, только на работу, а дальше — вкалывать.

— *А не следует ещё полечиться?*
— Нет... А вообще — можно.

— *Может быть, жить в больнице постоянно?*
— Постоянно? Я не знаю, возможно; а это реально?

— *Реально. Как Вы к этому относитесь?*
— Я лучше дома буду жить. Знаете, почему?

— *Почему?*
— Да нет, я там привык. Здесь потолок, свод может упасть, этот старый дом, старый кирпич. Я не выношу красного кирпича.

— *Почему?*
— Раздражает.

— *А жить Вам хочется или всё уже надоело?*
— Да, да.

— *Что да?*
— А что спросили?

— *Жить хочется? Желание жить есть?*
— Вроде имеется.

— *Спасибо, до свидания.*
(Больной уходит.)

Как видите, особенности течения шизофрении у этого больного опровергают предположение, высказанное в связи с разбором предыдущего. Казалось, что если заболевание начинается с выраженной редукции энергетического потенциала, без утрированного изменения психических свойств, присущих юношескому возрасту, то течение болезни должно быть наиболее неблагоприятным. У только что показанного больного заболевание протекало с выраженным, гротескным преувеличением психических особенностей юношеского возраста, но течение болезни у него было столь же злокачественным, как и у предыдущего [пациента], что и привело примерно

в течение того же срока к конечному состоянию. Конечное состояние здесь несколько отлично от двух предыдущих. Оно характеризуется дурашливым слабоумием. Кататонические расстройства выражены у него нерезко. Правда, проявление интенсивности кататонических расстройств зависит от интенсивности лечения нейролептиками. Как только больному прекратили лечение стелазином, у него немедленно возникли кататонические расстройства, разорванность речи. Заболевание у данного больного, как и у предыдущего, началось с негативных изменений: усилилась замкнутость; он стал хуже учиться, манкировал школьными занятиями; у него появились странности в поведении, необычные интересы. Он становился всё более равнодушным к окружающим, родным, своему собственному положению. Его поведение было явно чудаковатым и бездеятельным. В дальнейшем появились позитивные (патологические продуктивные) симптомы — фрагментарные параноидные и парафренные, а затем — кататоно-гебефренные. Течение стабилизируется с нарастанием картины дурашливого слабоумия.

Это третий пример злокачественного течения юношеской шизофрении, но это не значит, что шизофрения, начавшаяся в юношеском возрасте, всегда протекает так тяжело. Одностороннего преувеличения роли возраста не должно быть. Возраст накладывает отпечаток на клинические проявления болезни, во многом определяет её течение, но его влияние не абсолютно. Юношеская шизофрения не всегда течёт столь злокачественно, в ряде случаев — сравнительно благоприятно.

Вернёмся теперь к начальным симптомам подобного течения шизофрении. Больные шизофренией, начавшейся в юношеском возрасте, становятся прежде всего замкнутыми. Замкнутость, аутизм, обеднение эмоциональных проявлений — это наиболее ранние признаки начинающегося заболевания. Все трое больных, прежде общительных, непосредственных в отношениях с окружающими, становятся всё более и более от них отгороженными, менее откровенными с родителями, теряют друзей. Если раньше они были дружны с братьями и сёстрами, то затем отношения с ними всё больше охлаждаются. В это время обнаруживается ослабление возможности психической деятельности. Больные начинают хуже учиться, причём происходит такое снижение успеваемости не вслед-

ствие лени, не из-за того, что больные небрежно готовят уроки. Наоборот, часто обнаруживается, что теперь они занимаются более усиленно, но тем не менее их результаты становятся хуже и хуже. В одних случаях с помощью репетиторов, усилий родителей больные с развивающимся процессом с бóльшим трудом, но кончают среднюю школу. Чаще же они уходят из последних классов. Их устраивают на курсы, в ремесленное училище, но и там очень часто с обучением ничего не получается. Прежде живые, разнообразные интересы блекнут, сужаются. Продолжают нарушаться взаимоотношения с родными. Постепенно родители обнаруживают, что что-то произошло, что они утратили взаимопонимание, эмоциональную связь со своим сыном или дочерью. Это сказывается не сразу, а исподволь и незаметно, пока не обнаруживается, что родители и заболевший сын или дочь фактически стали чужими друг другу. Наряду с взаимным отчуждением больные проявляют несвойственные им ранее грубость, резкость, злобность в отношении к родным, обычно больше к одному из родителей.

Психическая вялость продолжает нарастать, больные не только перестают учиться, а в тяжёлых случаях становятся бездеятельными, неряшливыми, не следят за собой, их нужно заставлять умываться, мыться, менять бельё.

У ряда больных бездеятельность и непродуктивность сочетаются с возникновением односторонних интересов к отвлечённым областям, отвлечённому знанию, чаще всего различным проблемам смысла жизни, смысла существования. Здесь начинаются односторонние занятия совершенно неподготовленных юноши или девушки такого рода неразрешимыми отвлечёнными проблемами, причём часто бывает так, что у них появляется стремление постоянно обсуждать эти отвлечённые проблемы; обсуждение ведётся обычно в форме высокопарного изложения [тем] банального содержания с затаскиванием полюбившихся фраз, выражений.

Падение психической энергии продолжает неуклонно развиваться. У многих больных в дальнейшем возникают собственно позитивные симптомы. Первоначально это — всё более явные колебания аффекта. В одних случаях они выражены нерезко, в других — приобретают характер циркулярности, наконец, в третьих — вслед за расстройствами аф-

фекта (депрессивного характера) появляются фрагментарные паранойяльные расстройства, а за ними — параноидные и парафренные. Вслед за столь же фрагментарными явлениями бреда величия развивается конечное состояние с кататоно-гебефренными расстройствами и далее — апатическим или дурашливым слабоумием. Всё сказанное и было обнаружено у трёх разобранных больных.

У первого больного начальные расстройства выражались в гебоидных изменениях, в эмоциональном опустошении. Психические возможности при такого рода состояниях снижаются, но в менее выраженной степени. Вместе с тем у них усиливаются влечения, больные становятся несдержанными. Возникают сексуальная распущенность, пьянство, бродяжничество. Нередко такие больные попадают в круг опустившихся людей и под их влиянием могут совершать разного рода правонарушения, общественно опасные действия. Осуществляют они это довольно легко вследствие своего эмоционального опустошения. Отмечаются дисфорические состояния, повышенная раздражительность. Обнаружить у них какое-либо сожаление по поводу того, что их жизнь выбилась из колеи, что они опустились, обычно не удаётся. Часто, напротив, появляется бравада: противопоставление себя окружающим, повышенная самооценка, особый взгляд на жизнь. Они пытаются оригинальничать, окружающих считают людьми отсталыми, дают понять, что у них иное понимание жизни.

Следует обратить внимание на то, что не всегда гебоидность, редукция психической энергии влекут за собой дальнейшее прогредиентное течение с параноидными и кататоническими расстройствами. В некоторых случаях этот первый этап болезни затягивается на бесконечно длительное время, а в ряде случаев он подвергается в той или иной степени компенсации. К сожалению, предсказать дальнейшее течение болезни в каждом отдельном случае во время развития первого периода юношеской шизофрении мы ещё не в состоянии. Наше современное знание в области прогноза непрерывно протекающей шизофрении ещё несовершенно.

Лекция 3

Случаи юношеской шизофрении, протекающей относительно благоприятно

Я вчера говорил, что в юношеском возрасте шизофрения не всегда течёт злокачественно, что значение возраста нельзя преувеличивать. И в этом возрасте нередко наблюдаются случаи шизофрении, которые протекают более благоприятно.

Больной С., 18 лет

В роду психических заболеваний не было. Мать добрая, отзывчивая, заботливая. Отец требовательный, властный, вспыльчивый.

Больной — единственный ребёнок в семье. Родился в срок, развивался правильно. Рос избалованным, капризным ребёнком, любил играть со сверстниками в шумные игры. В детстве перенёс корь.

В шестилетнем возрасте сильно ушиб колено, после чего, позже, у него был обнаружен туберкулёз коленного сустава; лечился в костнотуберкулёзном санатории. Выздоровел, но, по совету врачей, щадил ногу, старался меньше ходить, некоторое время находился под врачебным наблюдением.

В школу поступил восьми лет, учился плохо, особенно отставал по математике, но переходил из класса в класс. Уроки готовил долго. С восьмилетнего возраста — онанизм. В школьные годы был тихим, послушным, дружил только с одним мальчиком, доверял ему.

Любил читать, фантазировать, мечтал быть спортсменом, но из-за болезни колена в прошлом был освобождён от занятий физкультурой. Родители постоянно напоминали ему о необходимости беречь ногу. Это его раздражало. С десяти лет увлекался музыкой, поступил в музыкальную школу. Занимался с интересом; преподаватели считали, что у него незаурядные способности, но из-за плохой техники требовали, чтобы он больше занимался; он же ленился.

Никогда не было уверенности, что правильно сыграет упражнение. Вскоре занятия музыкой оставил. Увлекался чтением фантастической и приключенческой литературы, читал запоем, просиживал за книгами ночами.

В шестом классе (14 лет) стал хуже учиться, появилась неуверенность в ответах, легко терялся, смущался, труднее было усваивать материал. Изменился по характеру: стал раздражительным, вспыльчивым, более замкнутым; пропал интерес к учёбе; часто прогуливал занятия; на замечания преподавателей дерзил.

В 15 лет заметил, что у него необычно бледный цвет лица, стал подолгу тщательно рассматривать своё лицо в зеркале, решил, что он худой и ему надо заниматься физкультурой, чтобы поправиться. Позже заметил, что у него некрасивые, непропорциональные черты лица. Настроение преобладало пониженное; смотря в зеркало, жалел себя. Продолжал встречаться с товарищем, но о своём «уродстве» с ним не говорил. Плохо спал ночами, временами скрывал свои переживания. В школе замечал, что окружающие косо на него смотрят, указывая на его «уродство». По взглядам понимал, что одни ему сочувствуют, другие смотрят осуждающе, третьи делают вид, что ничего не замечают. Ходил с низко опущенной головой. Решил, что ликвидирует «уродство» физкультурой, приобрёл большое количество книг по физкультуре, множество медицинских учебников, внимательно изучал их, применяя к себе различные физические упражнения. Придя в школу, подолгу занимался различными гимнастическими упражнениями. Почти не выходил на улицу, казалось, что прохожие также обращают внимание на его «уродство». Занимаясь упражнениями, замечал, что после них лицо становится менее бледным; мысли об «уродстве» ослабевали. Продолжал заниматься онанизмом; ночной сон был плохим. Казалось, что ученики в школе взглядами давали ему понять о сочувствии ему. Во время летних каникул усиленно занимался штангой, считал, что таким образом совершенствует свою фигуру. С осени, во время обучения в девятом классе, продолжая заниматься штангой, заметил, что на некоторое время стало легче усваивать предметы, запоминать, решать математические задачи, но это облегчение было кратковременным. Трудно было находиться в обществе, решил оставить [обычную] школу, перевёлся в вечернюю. В течение дня сидел дома; подолгу проделывал различные физические упражнения, что занимало почти всю первую половину дня. Затем «воспитывал свою волю», старался отогнать мысли об «уродстве». По-прежнему много читал: медицинскую литературу, книги по физкультуре, фантастические романы. Перестал встречаться со своим единственным другом. В вечерней школе также казалось, что на него постоянно обращают внимание. Перевёлся в другую школу, но и там «окружающие косо посматривали» на него, видимо, сочувствовали ему. Решил, что у него

костное заболевание, отчего — непропорциональные черты лица, вся фигура; он худой и бледный. Школу вскоре бросил. Рассказывал родителям о своём «уродстве», на что получил ответ, что он для них лучше и красивее всех. Не поверил им, решил, что родители пытаются успокоить его, хотя им самим тяжело.

Устроился в третью вечернюю школу, с трудом окончил 10 классов, после чего поступил на работу слесарем. По-прежнему мысли о физическом недостатке не покидали его, тяжело было находиться среди людей, «видел», что одни сочувствуют ему, другие смотрят на него с ужасом. Решил выбрать профессию шофёра, чтобы быть одному, но на курсах заниматься было трудно. Приходилось постоянно быть среди людей. Вскоре оставил курсы шофёров, вновь поступил на завод слесарем, где работает в настоящее время. В зеркало смотрелся редко, не хотелось расстраиваться. По-прежнему читал медицинскую литературу, пришёл к заключению, что у него заболевание костей, неизвестное науке.

В 17 лет заметил, что у него изменилась походка: она стала необычайно лёгкой, движения — размашистыми, неуклюжими, отчего прохожим ещё больше бросались в глаза его «уродливое лицо и фигура». Усиленно занимался физкультурой, но улучшения не наступило. Обратил внимание, что после физических упражнений лицо ещё больше бледнело. Понял, что это вредит его организму. Настроение было подавленным; казалось, что говорят о его «уродстве», за глаза называя «уродиной»; стал злобным, раздражительным; почти не спал ночами; испытывал страхи; при постукивании по костям слышал пустой, звенящий звук. Обратился к терапевту, после консультации был направлен к психиатру и стационирован в больницу.

Психический статус. В отделении малообщителен, разговаривает с двумя больными, сверстниками. Временами тревожен. Обращается к врачу, просит провести ему тщательное обследование, считая, что у него тяжёлое заболевание, неизвестное медицине.

В беседе насторожен, боится, что кто-нибудь из больных подслушает беседу и будет смеяться. Решил, что у него заболевание костей, возможно, связанное с нарушением в эндокринной системе. Считает, что кости у него полые. При постукивании слышит «суховато окостеневающий звук». Уверен, что это является причиной «уродства» его лица и фигуры, а вероятно, и походки. Окружающие здесь, в больнице, обращают внимание на его «уродство», но делают вид, что не замечают. По взглядам некоторых больных видит, что они ему сочувствуют.

Не может управлять своими движениями; походка неестественная, размашистая, на что сейчас больше всего обращает внимание.

Убеждён, что у него некрасивое, худое, бледное лицо с непропорциональными чертами, длинные «плети-руки», короткие бёдра,

длинное туловище. В беседах окружающих слышит недоброжелательные разговоры о себе. Заявляет, что ряд больных подсматривают за ним с целью узнать о его заболевании. Жалуется на рассеянность, забывчивость, не может сосредоточиться. Временами испытывает головные боли. В зеркало старается не смотреть: «Становится тяжелее». Раньше его всё интересовало, сейчас мелочи не интересуют. Поглощён своими переживаниями, рад поделиться с матерью, но от этого не становится легче. Болезнь изменила всё окружающее, но не может сказать как. Галлюцинаций нет.

Соматическое состояние без отклонений.

(Входит больной.)

— *Здравствуйте.*
— Здравствуйте.
— *Садитесь. Видите, какой большой консилиум. Это не смущает Вас?*
— Нет, не смущает.
— *Что Вас привело в больницу?*
— В больницу меня привело то, что с восьмого класса я почувствовал, что... Вернее, стал замечать, что у меня внешность, лицо стало терять...
— *Что стало терять?*
— Стала какая-то некрасивая форма, пропорции.
— *В чём непропорциональность?*
— У меня было такое худое, цвет лица был такой...
— *Бледный?*
— Да, да.
— *А сейчас, как Вы думаете? Лицо Вас не удовлетворяет?*
— Да.
— *Когда это произошло?*
— Я вообще до восьмого класса не замечал.
— *Стали замечать постепенно или сразу бросилось в глаза?*
— Сразу бросилось. Я пришёл из школы, посмотрел в зеркало и сразу началось.
— *И это Вас мучило?*
— Навязчиво сидело.
— *И когда стали замечать, что окружающие будто бы обращают внимание на Ваше лицо?*
— С этого момента стали замечать окружающие.
— *Почему появилась уверенность, что окружающие обращают внимание на лицо?*
— Потому что я сам видел, что у меня было с лицом. Была наблюдательность сильная.

— *Обострённая?*
— Да, я видел, как на меня обращали внимание.

— *И что же, они сочувственно относились или с неприязнью смотрели на Вас?*
— Некоторые сочувственно, другие неприязненно, другие старались не замечать.

— *Вы сторонились людей, реже выходили на улицу?*
— Да, с этого момента я стал меньше выходить на улицу и сторониться людей.

— *Потом что появилось?*
— Потом у меня появилось что-то с походкой, неудачно ходить как-то стал.

— *Казалось, что фигура непропорциональная?*
— Казалось, что конечности меньше.

— *Сейчас тоже об этом думаете?*
— Сейчас мне тоже кажется.

— *И постоянно этими мыслями заняты?*
— Да, эти мысли — они мне мешают жить.

— *Никогда не бывает сомнений, что, может быть, Вы неправы, что это Вам кажется, что эти мысли — болезненные?*
— Нет, есть это. Я считаю, что это костная болезнь.

— *Но ведь врачи её у Вас не находят. Вы не верите врачам?*
— Верю.

— *Значит, костной болезни нет?*
— Я не знаю... Значит, нет, но...

— *Изменились Вы по характеру?*
— Я изменился, на окружающее стал обращать внимание не так, как до восьмого класса обращал, уже меньше стал замечать всякие оттенки в жизни.

— *Меньше стали жизнью интересоваться?*
— Да.

— *Отгородились от жизни?*
— Стал меньше интересоваться жизнью.

— *Почему?*
— Потому что не давали эти мысли.

— *Ещё что произошло? Какое постоянно у Вас настроение?*
— Настроение у меня какое-то непостоянное, в основном оно плохое. Меняется.

— *Есть у Вас интерес к жизни, перспективы? Желания?*
— Нет. Самое главное — вылечиться.

— *От чего?*
— От этих симптомов.

— *Связь с окружающими теперь какая?*
— Сейчас побольше.

— *А была какая?*
— Связи не было особой.

— *Мир, природу как воспринимаете? Так же, как раньше или как-то по-другому? Или тоже от неё отошёл?*
— Немножко по-другому стал воспринимать природу.

— *Как по-другому?*
— Как-то стал меньше замечать всякие тонкости в природе, не так, как было раньше.

— *Жизнь по-прежнему интересует Вас или меньше?*
— Жизнь меньше интересует.

— *Работа Вам нравится? Вы работаете слесарем? Успехи делаете в работе?*
— Нет, я заболел. Я успехов не делал, так учеником и работаю.

— *Вылечиться хочется?*
— Хочется.

— *От чего: от костей или от нервности?*
— От костей.

— *Значит, Вы считаете, что неправильно здесь находитесь?*
— Я считаю, что заболевание какое-то странное. Я не знаю, я думаю, что мне надо в костном отделении лечиться.

— *А сейчас как считаете?*
— Сейчас у меня мысли немного иные, но остаются и прежние.

— *Убеждены, что все продолжают обращать внимание на Ваше лицо, туловище?*
— Иногда происходит.

— *Стучать по костям продолжаете?*
— Нет, сейчас я постоянно не стучу.

— *Надо выздоравливать. Спасибо.*
— До свидания.

(Больной уходит.)

У больного — ипохондрический бред. Он убеждён, что страдает заболеванием костей, неизвестным ещё медицине, что сюда он помещён ошибочно, не по назначению. Правда, острота, убедительность, интенсивность данного убеждения сейчас несколько ослабли. Помимо этого у больного

остаются и первоначально возникшие расстройства, носящие название д и с м о р ф о ф о б и и. Дисморфофобия, обнаруживаемая у больного, — паранойяльная, не депрессивная и не типа навязчивости. Одновременно с убеждением больного в неправильности строения и уродливости лица, фигуры, походки постоянно присутствуют идеи отношения: все на него обращают внимание, видят его «уродство», стараются или не замечать, или явно неприязненно смотрят на него, или сочувствуют. Мысли об «уродстве» у него сразу приняли характер не только убеждённости, но и идей отношения. Такого рода дисморфофобия называется паранойяльной дисморфофобией, бредовой дисморфофобией. Она с самого начала приобретает вид б р е д а ф и з и ч е с к о г о у р о д с т в а. Этот бред постепенно становится прогредиентным. Некоторое время у больного убеждённость в уродстве ограничивалась только лицом. Затем убеждение в уродстве распространилось на всю фигуру, походку. Далее возникает ипохондрический бред, убеждённость в заболевании костей. Развитие заболевания в настоящее время ограничивается периодом паранойяльного бреда, но исключить возможность дальнейшего развития с возникновением психического автоматизма и бреда физического воздействия невозможно.

Важно обратить внимание, пользуясь историей болезни этого больного, на соотношение у него негативных и позитивных симптомов. У предыдущих трёх больных негативные симптомы, то есть изъян личности, ущерб психической деятельности, были выражены уже в инициальном периоде болезни резко, интенсивно, печать нарастающей психической слабости лежала с самого начала возникновения заболевания.

Позитивные симптомы, появившиеся у них в дальнейшем, были также интенсивными, тяжёлыми. Течение болезни привело больных к катастрофе. У только что показанного больного негативные симптомы выражены менее интенсивно. В соответствии с этим и позитивные симптомы, возникшие во время болезни, были свойственны медленному, инертному течению шизофрении.

В таком соотношении и выступает характерная взаимная зависимость негативных и позитивных симптомов: чем меньше выражены негативные симптомы, тем менее выражены и позитивные. Паранойяльные симптомы — это симптомы более

лёгкие, говорящие о менее глубоком поражении психической деятельности, чем, например, параноидные или галлюцинаторные, или кататонические. Неслучайно паранойяльные расстройства прежние психиатры называли «частичным помешательством», «мономанией». Они считали, что в таких случаях объём поражения психической деятельности ограничен.

Психиатры, изучавшие зависимость клинических проявлений психических расстройств от возраста, указывали, что в юношеском возрасте систематизация паранойяльных идей обычно не наступает, а если она и возникает, то это чаще всего относится к ипохондрическому бреду. Такая особенность обнаружилась и у нашего больного. Далее, начиная с *Р. Крафт-Эбинга*, отмечается, что в юношеском возрасте психическое заболевание проявляется наиболее часто в виде навязчивого помешательства. *Р. Крафт-Эбинг*, в частности, рассматривал первичное помешательство как единое заболевание, которое может проявляться в систематизированном бреде, в прогредиентной навязчивости и в ипохондрии. Это справедливо именно в отношении шизофрении. Она очень часто начинается или с паранойяльных явлений, или явлений навязчивости, или ипохондрии. Подобное сочетание навязчивости, паранойяльного бреда и ипохондрии обнаруживается и в юношеском возрасте.

Следующий больной в дифференциально-диагностическом отношении более сложен.

Больной Г., 18 лет

Анамнез со слов матери. В семье психически больных не было.

Отец, 52 лет, спокойный, уравновешенный, общительный, активный.

Мать, 46 лет, спокойная, уравновешенная, общительная. Беременность у неё была одна, нашим больным; протекала нормально. Роды продолжались сутки, родился без повреждений, закричал сразу. С первых месяцев и до трёх лет был беспокойным, много плакал. Вскармливался искусственно. Развивался правильно, ничем не болел. Ходить начал с года, говорить к двум годам. Часто плакал, плохо спал. В дошкольном возрасте опережал сверстников в развитии. Был очень общительным, поражал хорошей памятью. Читать научился к шести годам. В семье был в меру капризным, но ласковым, послушным.

Учиться начал с шести лет. Успевал отлично, выявились бóльшие способности по всем предметам, особенно по математике. Помимо

школы изучал дома два языка. В школе был живым, общительным, участвовал в общественной жизни, увлекался спортом. По настоянию педагогов школы был переведён из восьмого класса в десятый, сдал все экзамены за девятый класс на пятёрки. Десятый класс закончил с золотой медалью. С седьмого класса участвовал в математическом кружке при университете, где проявил бóльшие способности, и ему предложили поступить в университет. В десятом классе был развязным, отлучался из дома, выпивал, стремился модно одеваться, увлекался девушками. Месяца два обманывал родителей: вместо занятий в школе — развлекался. В то время был слегка возбуждён. Затем, боясь разоблачения, написал родным записку: «Я последний подлец, я вас обманываю». При объяснении плакал, обещал исправиться. Десятый класс закончил благополучно, был зачислен на механико-математический факультет МГУ.

После поступления в университет изменился, стал как бы другим человеком. Занимался только один месяц, потом перестал посещать лекции. Сессию сдавать не мог, к экзаменам не был допущен. Сделался очень лживым, постоянно обманывал родителей. Связался с какой-то компанией, там выпивал, играл в карты, проигрывал деньги, брал у всех взаймы. Крал папки [?] из университета. После исключения находился дома, повторял программу школы, готовясь в институт. В июне сдавал экзамены в физико-математический институт, получил хорошие отметки, но его, как уже исключённого из университета, не приняли; поступил в строительный институт. Там первое время надо было работать и учиться, он же дезорганизовывал практику, устраивал картёжные игры, отказывался от работы, получил предупреждение об исключении. Однако неожиданно для всех экзамены сдал на «отлично». Оставался резким, чёрствым, дерзким, постоянно лгал родителям. Одеваться стал вызывающе, безвкусно. Перестал читать, бросил занятия языками, не мог заниматься больше часа, куда-то уходил. Появилась грубость в выражениях. Исчезли все интересы. Теперь его интересовали только рестораны и детективные фильмы. Вскоре сошёлся с официанткой ресторана. Никакие вмешательства: ни милиции, ни уговоры родителей — ни к чему не привели. Был очень заносчив, к родителям относился грубо, с раздражением. За собой не убирал, матери не помогал. Во время болезни матери четыре дня жил у официантки и ни разу не позвонил домой. Продавал свои книги. Похитил у отца большýю сумму денег, брал из дома вещи и также продавал их. Лгал по поводу причин краж. После экзаменов институт не посещал. Родители обратились к психиатру. Первоначально лечили дома стелазином. Себя психически больным не считал; говорил, что как только ему исполнится 18 лет он «покажет родителям», женится на официантке. Родители до последнего времени не считали его больным, поведение объясняли избалованностью.

Анамнез со слов больного. Учиться начал с семи лет, умел читать и писать. В школе успевал отлично, уроки готовил аккуратно и самостоятельно. Посещал «Дом детской книги», где проходили публичные чтения и литературные игры. В пятом классе решил писать научно-фантастический роман о полётах на Луну, написал 20 страниц, но оставил — «надоело». Брался за сочинения по заданию «Дома детской книги», но тоже бросал, не закончив. С седьмого класса стал интересоваться математикой. В восьмом классе посещал лекции для школьников по математике в университете, участвовал в математическом кружке. В школе был активным, общительным, все годы являлся старостой класса. Имел много друзей. С родителями был откровенен, особенно с матерью. Из восьмого класса сразу переведён в десятый. Учителя считали его достаточно подготовленным для перехода через класс. В десятом классе пришлось много заниматься дополнительно: изучал два языка, продолжал посещать кружок МГУ. В свободное время встречался с друзьями, ходил в кино, одно время увлекался коньками, но бросил это занятие. Десятый класс окончил отлично, поступил в университет на механико-математический факультет. После экзаменов чувствовал себя утомлённым, решил отдохнуть: уходил с лекций, развлекался, ходил по городу, в кино, знакомился с девушками, посещал рестораны, выпивал, потому что «все пьют». Деньги «зарабатывал» особым путём, раскрыть который отказался; нелегально брал деньги у родителей или в университете. Был взбудоражен, «втянулся в эту жизнь», думал только о развлечениях, совсем не занимался. Так продолжалось месяца три, перед сессией попытался заниматься, но уже не мог наверстать, хотя ему помогали. Занятия оставил.

Тогда же открылись все его проступки, и он был исключён. Вначале переживал, но так как понимал, что всё откроется, и он поплатится за свои поступки, был уже ко всему подготовлен и потому быстро успокоился.

Всю весну и целое лето готовился к поступлению в другой вуз. Реже встречался с друзьями. Отношения с родителями продолжали ухудшаться, особенно с отцом. Отец старался его перевоспитывать, «произносил банальные речи», «в принципе был прав», но не понимал больного, не осознавал, что ему «надоело учиться». Больной полагал, что ему нужна «передышка», после которой он стал бы снова учиться. Испытывал утомление от занятий. Если пытался заниматься, то мысли рассеивались, отвлекался или засыпал. Пропал интерес к занятиям. Ничего не увлекало, даже прежде большой интерес к математике теперь совсем исчез, «жизнь пустая, день на день похож». Настроение было ровное: ни подъёма, ни угнетения не испытывал. В то же время охотно встречался с товарищами, посещал вечеринки; нравились ви́на. От подобных вечеринок не уставал.

Так продолжалось всё лето. В августе стал более напряжённо заниматься с репетиторами, готовясь в вуз. Поступил в инженерно-строительный институт, посещал занятия несколько дней, потом решил устроить отдых: ходил к друзьям, в кино или целые дни проводил, слоняясь из одного кафе в другое, где пил спиртные напитки, крепкий кофе и ел лакомства. Вечера проводил в ресторанах или у друзей. Познакомился с женщиной, значительно старше себя, проводил с ней все дни в кафе, где она работала, а вечером — у неё дома. Родители всё больше раздражали его «своей ограниченностью», «докучливыми упрёками». Не мог переносить их замечания, раздражался; возникали споры, при которых отвечал резко, «срывались грубые выражения, поворачивался и уходил к друзьям», где вёл приятные беседы «о кино, о спорте, об актуальных проблемах жизни» или с увлечением играл в карты; пили вино. Когда считал, что родители «далеко зашли в своих претензиях», не возвращался домой и ночевал у приятельницы.

Иногда появлялся на занятиях, лекции усваивал, хотя и не занимался, «жил старыми запасами». Перед сессией встал вопрос об отчислении, тогда принялся за занятия, месяц упорно работал, сдал экзамены на «4» и «5» и был оставлен в институте.

Однако такое напряжение вызвало отвращение к занятиям; полагал, что имеет право отдохнуть, рассеяться: перестал ходить на лекции, всё больше влекло к спиртным напиткам, все вечера проводил с приятелями в ресторанах. Деньги брал из дома; если это не удавалось, то уносил вещи и продавал их. Усилилась раздражительность; друзья стали говорить ему, что он «ненормальный»; мог затеять драку безо всякого повода; был очень несдержан и возбудим. Не разрешал родителям делать ему замечания; отношения с ними стали враждебными. После очередной ссоры несколько дней не жил дома, находился у приятельницы. Иногда выпивал, почти не спал по ночам. Когда вернулся домой, родители уговорили его обратиться к психиатру, отвели к врачу и поместили в психиатрическую больницу.

Психический статус. В отделении общается с недисциплинированными больными, режим не соблюдает, шумит в часы отдыха, на замечания персонала отвечает грубостью. В беседе с врачом держится развязно, склонен к рисовке, позёрству, но однообразен; мимика маловыразительная. Даёт краткие ответы, старается скрыть своё поведение дома, в разговоре слегка касается отрицательных черт своего характера, поступков, объясняет их необходимостью, тут же говорит, что они несвойственны его натуре. Подчёркивает, что с друзьями он спокоен, не груб, приветлив, пользуется уважением и вниманием. Заявляет, что родители в силу занятости или «отсталости» не понимают его, не интересуются его духовной жизнью и озабочены тем, чтобы навязать ему свою волю и заставить

учиться, «не видя ни отдыха, ни просвета». Поясняет, что ссоры в семье происходили потому, что родители его угнетали, и он был вынужден уходить из дома. Заявляет, что родные стали для него чужими. Убеждён, что психически здоров, сможет закончить институт, работать «творчески». Уверен в своих способностях, однако сейчас его беспокоит ухудшение в последнее время зрительной памяти, что затрудняет восприятие окружающего. Просит обратить внимание врача на это расстройство; боится за его последствия. Заявляет, что в психиатрическую больницу пришёл только потому, что его «слёзно умолили»; согласился побыть здесь только месяц на «контрусловии»; родители должны выполнить его требования. Колебания настроения отрицает: ему вообще не свойственна подавленность, раскаяние и самоупрёки. Обычно его настроение зависит от окружения; раздражаться он может только на замечания родителей.

Пребыванием в больнице не тяготится. Если находится один, то бездеятелен, незаметен. В другие дни раздражителен, всеми недоволен, угрюм, хотя говорит, что у него хорошее настроение и его никто не беспокоит. Интерес к чему-либо не проявляет, читает мало, чаще просматривает страницы с иллюстрациями.

Отклонений со стороны соматической сферы нет.

(Входит больной.)

— *Здравствуйте, как относитесь к пребыванию в больнице?*
— В той степени, в какой в больнице может нравиться больному, эта больница мне нравится.

— *Чем нравится?*
— Условия нормальные, жаловаться не на что.

— *Вы нуждаетесь в лечении?*
— Сказать откровенно — я считаю, что это не нужно мне.

— *Почему же Вы легли в больницу?*
— Родители настояли.

— *Родители правы, считая, что у Вас имеются какие-то отклонения?*
— Логично рассуждая, поступки мои — явное отклонение от нормы.

— *Вы задумывались над причинами этого?*
— По совести, я задумывался только в последнее время и ответа не нашёл.

— *Изменились ли Вы в каком-либо отношении: складом характера, настроения, общими взглядами на жизнь?*
— Я просто не задумывался над этим.

— *Раньше Вы увлекались математикой, прекрасно учились, а потом — остыли?*
— Это вовсе не значит, что интерес к математике пропал, он остался.

— *Но не проявляется?*
— Это вызвано некоторой усталостью.

— *Причины усталости?*
— Был период жизни, когда требовалось очень большое напряжение. После этого требовалось расслабление.

— *Но расслабление слишком затянулось.*
— Да, несколько затянулось; настолько привык, что потóм собраться было трудно.

— *До последних дней не собрались?*
— Отдельные периоды были, когда собирался, а потом опять наступало расслабление.

— *Вы утомились, наступило расслабление, но вместо отдыха у Вас начались увлечения: кафе, спиртные напитки и так далее.*
— Просто — извращённая форма отдыха.

— *Она впервые появилась?*
— В общем, да.

— *Почему так глубоко расстроились Ваши взаимоотношения с родителями?*
— Потому что они не понимали, как может так быстро произойти: всё время учился хорошо, а вдруг стал такой плохой.

— *А Вы это поняли?*
— Я тоже этого не понял.

— *Всё происходящее Вас расстраивает, вносит озабоченность?*
— В первое время не считал, что это может так далеко зайти.

— *Задумывались над всем этим?*
— По правде сказать, не очень.

— *Считаете, что такой образ жизни и дальше будет продолжаться?*
— Вот это я не знаю, трудно ответить.

— *Попытайтесь.*
— Вообще, конечно, я понимаю, что это образ жизни неправильный, до добра не доведёт, но остановиться довольно трудно.

— *Как дальше представляете себе свою жизнь?*
— Над этим я много думал.

— *И что же?*
— Считаю, что надо продолжать учиться.

— *Круг Ваших интересов изменился за последнее время?*
— Так же, как раньше, посещаю кино, театр, видимо, круг не изменился.

— *Больной Вы или здоровый?*
— Как Вам сказать, я даже не могу ответить на это. Что-то неправильное есть в моем состоянии, но что именно, и вызвано ли это болезнью или просто моим характером?..

— *Что Вы считаете у себя неправильным?*
— Отношение к учёбе, отношение к взаимоотношению с родителями. Всё это у меня неправильно. Но вызвано ли это болезнью или чем-нибудь другим, я ответить на этот вопрос не могу.

— *Если это не болезнь, то что это?*
— Если не болезнь, то просто — слабоумие.

— *Оно давно появилось у Вас?*
— По-моему, последние два-три года.

— *Что ещё отмечаете у себя?*
— По-моему, ничего.

— *В больнице познакомились с кем-нибудь, нашли собеседников, близких по интересу?*
— Не знаю, в какой мере близких по интересам, но нашёл несколько ребят моего возраста, с которыми можно говорить.

— *О чём Вы с ними говорите?*
— Есть больные, которые хотят покончить с собой; мы обсуждаем.

— *У самогó есть вопросы?*
— Нет.

— *Вы жаловались на ослабление памяти?*
— Раньше я очень вылезал на зрительной памяти, а сейчас не чувствую.

— *Спасибо. До свидания.*
(Больной уходит.)

Некоторые психиатры не без основания могут сказать, что речь в данном случае идёт о человеке, который был избалован с детства, неправильно воспитывался, постоянно считался гениальным, попал под влияние дурной компании и в результате произошёл жизненный крах. Следовательно, речь идёт не о биологических отклонениях, а об отклонениях чисто социальных, психодинамических.

Другие также имеют основания исключать процесс и предполагать психопатию. В детстве неуравновешенный, капризный, одарённый, с достаточно сильными влечениями, неустойчивый. Сейчас у него — возраст полового созревания, что и обусловливает динамику психопатии.

Третий вариант распознавания будет исходить из определения состояния больного как п с и х о п а т о п о д о б н о г о, гебоидного, обусловленного исподволь развивающимся процессом. В пользу такой точки зрения говорит контраст между состоянием, которое возникло после 16 лет, и состоянием больного, которое было до этого возраста. Ранее общительный, эмоциональный подросток, многим интересующийся, очень способный, увлекающийся математикой, развивающийся гармонично, в возрасте 15—16 лет внезапно становится другим, у него происходит надлом, резко меняющий его поведение, его взаимоотношения с родными: возникает влечение к пьянству, обнаруживается распущенность, кражи. Больной считает это не болезнью, а всего лишь безволием.

Такого рода проявления, крайним образом меняющие весь облик больного, приводящие его к неожиданному, не вытекающему из особенностей его прежнего развития, крушению, обязывают нас думать о начале шизофрении.

Но вне зависимости от предположения — морализующего, конституционального или подозревающего процесс — больной должен быть диспансеризирован, его длительное время необходимо тщательно наблюдать, не упуская из поля зрения психиатра, принимать необходимые терапевтические и социальные меры. Кто может поручиться, что с ним не произойдёт то же самое, что с прежними больными, гебоидность не будет нарастать и процесс не закончится переходом в параноидное состояние? Как вы помните, диагностика первого больного примерно проделала такую же динамику: от развития, связанного с семейными неполадками, от психопатии просто и психопатии с алкоголизмом до несомненной шизофрении. Подобного рода динамика в распознавании болезни обусловлена несовершенством наших знаний клиники начальной шизофрении, стереотипа её развития. Изучение этого, овладение прогнозом — наша первоочередная задача. Исследование начального периода развития данной болезни необходимо осуществлять одновременно в двух направлениях — ретроспективно, как у первого больного, и непосредственно, как у только что разобранного.

Больной М., 5 лет 9 месяцев

Жалобы на повышенную возбудимость, ночные страхи, боязнь некоторых слов, предметов.

Анамнез. Семья состоит из трёх человек — родители и ребёнок.

Мать, 32 года, здорова, спокойна.

Отец, 31 год, тревожный, трудно сходится с людьми, любит книги, музыку, шахматы. По описанию матери, ему свойственны навязчивые движения.

Мальчик — от первой беременности. В начале беременности мать болела тяжёлым вирусным гриппом и ангиной, позднее бывали приступы бронхиальной астмы. Родился в срок, весом 3400 граммов. На второй день появилась желтуха, которая держалась в течение четырёх дней.

С самого раннего детства был необычным: до года — очень беспокойным, спал мало, просыпался всегда с неистовым криком, много плакал. Раннее развитие правильное, к двум годам хорошо говорил, несколько опережал сверстников в психическом развитии. Родители отмечали «необыкновенную память». В трёхлетнем возрасте знал много стихов и охотно их декламировал, требовал, чтобы ему постоянно читали стихи, а также повторяли отдельные фразы из книг, из разговоров взрослых. И сам, рассказывая что-либо, употреблял чаще всего готовые фразы. В возрасте 1 года 11 месяцев мальчика поместили в ясли, но к новой обстановке он не смог привыкнуть; по утрам просил мать не отводить его в ясли, когда же она за ним приходила, прижимался, весь дрожал. С детьми совершенно не общался. Целый день однообразно, беспокойно бегал из угла в угол, иногда при этом исступлённо плача, повторяя какие-нибудь случайные слова. Не реагировал на обращённую к нему речь, почти не ел, не спал; через три месяца его забрали из ясель. Дома состояние выровнялось.

С полутора лет отмечался упорный онанизм. Позднее — возбуждался при виде голых ног, старался дотронуться до них, понюхать их. Родители отмечают, что в том же возрасте мальчик боялся чужих детей, начинал плакать; если приходили посторонние, прятался, повторял: «Уходи, я тебя больше не жду». Сторонился детей; как правило, играл только вдали от них; говорил бабушке: «Как хорошо, что все народы ушли». Мог играть рядом с детьми, но не с ними, как бы не замечая их. Только иногда играл с какой-нибудь девочкой, причём полностью подчинялся ей. Самостоятельно играл лишь с игрушечными машинками: очень однообразно возил их туда и обратно, подражал их звуку; подходил к машинам на улице, начинал кричать и плакать, когда они отъезжали. Больше ничем не занимался, был пассивным. Возбуждался по малейшему поводу: даже при обычном, негромком обращении к нему начинал бегать,

кричать, вцеплялся в волосы матери, мог неожиданно отхлестать её по щекам.

Родители подчёркивают, что мальчик, опережавший прежде своих сверстников, с трёх лет явно приостановился в умственном развитии. Речь стала растянутой, с носовым оттенком; говорил стандартными фразами. По словам матери, «своими фразами не говорил». Не умел и не хотел сам одеваться. С трёх лет периодически испытывал страхи по ночам: просыпался, чего-то боялся, плакал. В этот период часто и днём говорил: «Я испугался», хотя его испуг ни с чем нельзя было связать. Однажды в стихотворении услышал слово «частенько» и стал говорить, что боится «частеньки», даже ночью просыпался и уверял, что ему снится «частенька». Затем заявлял, что боится вороны, хотя в это время её не видел.

Предпочитал всегда однообразную пищу, волновался, когда подавали новые блюда. Иногда настаивал на том, чтобы включили какую-либо определённую пластинку, но, когда её ставили, пугался и убегал в другую комнату. Как-то, когда мать, желая его развеселить, начала ему петь, закричал: «Не пой, это только оранжевые поют, а ты малиновая».

Последнее полугодие стал хуже относиться к матери, отказывался с ней гулять. Старался ударить мать. Если мать почему-либо плакала, не обращал на неё внимания. К отцу очень привязан. Когда отец бывал в командировке, много говорил о нём: «Папа Алик скоро приедет» или: «Он уже приехал, лежит на диванчике». Радовался его приезду и возбуждался в это время. Разлюбил слушать чтение книг. Стал ещё однообразнее возить машинки. Чаще отмечалось возбуждение, проявлявшееся в хаотическом хождении по комнате. Временами подбегал к стене, ладонью отталкивался и бежал к противоположной стене. Повторял те же движения бесконечное число раз. Перед тем как сесть на горшок, всегда совершал следующий ритуал: уходил в соседнюю комнату, громко кричал: «Эй, мальчики, приходите, приходите!», широко открывал рот, затем бежал к матери, спрашивал: «Знаешь, что?», она должна была сказать: «Знаю, Женечка, давай покачаю». Тогда он говорил: «Давай сделаем клизмочку». Вся описанная последовательность стереотипно повторялась изо дня в день.

Однажды тётка сказала ему: «Женечка, ты вырос, я бы тебя на улице не узнала». После этого каждому вновь приходившему мальчик говорил: «А ты бы меня на улице не узнала». Иногда обращался со словами: «Подождите, я порассказываю» и долго, монотонно говорил о чём-либо ранее услышанном; остановить его было трудно. В таком состоянии поступил в клинику.

Физическое состояние без особенностей. Мальчик несколько бледен. Неврологически — без патологии.

Психический статус. Легко расстался с матерью. В кабинет шёл с опаской, несколько раз пытался вернуться обратно, перед дверью сказал: «Боюсь». Вошёл после того, как ему показали игрушку, однако к ней не проявлял интереса. Ходил из угла в угол. Дойдя до стены, дотрагивался до неё, шёл обратно, повторяя те же действия. Что-то шептал, иногда громко, но невнятно произносил какие-то фразы. Речь маломодулированная, скандированная; временами прижимается к врачу, просит посидеть с ним, но вдруг внезапно останавливается и снова бесцельно бродит по коридору. Несколько раз брал из шкафа игрушки и тут же бросал их. Внимание удавалось привлечь только на очень короткое время, односложно отвечал на вопросы: сообщил свою фамилию, откуда он приехал, на чём, назвал марку самолёта.

В течение месяца со времени поступления оставался напряжённым, ничем не интересовался, находился в состоянии двигательного беспокойства. Бóльшую часть времени быстро ходил вокруг стола и лишь только в изнеможении присаживался, тут же вставал, что-то шептал, временами широко открывал рот, иногда громко произносил имена родителей или говорил: «Мама Валя и папа Алик придут», «папа и мама здесь», «любовь страдает». Лицо при этом было напряжённым. При обращении к нему отталкивал врача рукой, но без агрессии, а как бы отстраняясь со словами: «Отойди». Иногда на зов подходил, но сразу же шёл обратно. Просил врача посидеть с ним, повторяя: «Боюсь, боюсь», не говорил, чего боится.

За последние две недели стал менее тревожным и напряжённым. Спрашивал, придёт ли мама, повторял это много раз в течение дня. Двигательное беспокойство остаётся, хотя и менее выраженное. Более медленно ходил по комнате. Иногда как-то по-особому поднимал руки и держал их, повернув тыльной стороной к лицу. Если детям читают стихи, мальчик временами останавливается, поправляет читающего и идёт дальше. Общению почти недоступен. Только иногда обращается к одному из врачей; на вопрос, о чём он думает, отвечал: «Вспоминаются ясельки», «папа с мамой привезли, плакал».

Вовлечь его в какие-либо занятия по-прежнему не удаётся, но стало возможным на короткое время вызвать внимание. При этом обнаружен значительный запас знаний об окружающем, мальчик правильно строит довольно длинные фразы, знает сказки и стихи.

(Входит мальчик.)

— *Женя, подойди ко мне. Ты обещал со мной поговорить?*
— Обещал.

— *Скажи, пожалуйста, что болит у тебя?*
— Ничего.

— *Ты здоров?*
— Не больной.

— *Где ты сейчас находишься?*
— Вот здесь.

— *А для чего ты к нам приехал, тебе говорили?*
(Мальчик молчит.)

— *Что на столе лежит?*
— Конфета.

— *Ты хочешь?*
— Хочу.

— *Возьми, пожалуйста (мальчик берет). А что у тебя в руках?*
— Машина [игрушечная].

— *Положи её на стол (кладёт), разверни конфету (разворачивает конфету). Скучаешь по маме?*
— Скучаю.

— *Домой хочется?*
— Хочется.

— *В каком городе ты живёшь?*
— Во Фрунзе.

— *Это далеко. На чём туда добираться: на поезде или на самолёте?*
— На самолёте.

— *На каком самолёте?*
— На ИЛ-14.

— *Наверное, на ИЛ-18?*
— ИЛ-14.

— *В отделении, когда я к тебе подходил, ты почему-то всё время ходил от стены к стене. Помнишь? Беспокойно себя чувствовал?*
— Беспокойно.

— *Ты весёлый у нас или немного печальный?*
— Весёлый.

(Мальчик уходит.)

При демонстрации ребёнка можно было обнаружить один из характерных симптомов. Он заключается в том, что, несмотря на большое число присутствующих здесь людей, вы не увидели у ребёнка ни тени смущения, ни явлений нервной возбудимости, которая обычно бывает у детей этого возраста в такой ситуации. Показанный вам ребёнок не проявлял абсолютно никаких эмоций, никакого интереса к тому, для чего его привели сюда, кто его окружает, с кем

он разговаривает. Он монотонно, коротко, почти лаконично отвечал на вопросы. Это — проявление аутизма и эмоционального обеднения. В истории болезни обнаруживается много типичного для предполагаемого заболевания. С некоторого времени ребёнок сделался аутистичным; изменилось его поведение; внезапно возник страх. Ребёнок становился всё более отрешённым и странным. Его психическое развитие приостановилось. Далее появились навязчивые явления в виде ритуалов. Его высказывания, суждения о событиях, происходящих вокруг него, сделались однообразными, непонятными.

У него стали проявляться неадекватные эмоциональные реакции. Временами наблюдалось однообразие двигательного возбуждения, перебегание от стены к стене. Совокупность перечисленных расстройств, последовательность их возникновения позволяют предполагать здесь шизофрению, начавшуюся в возрасте трёх лет и медленно развивающуюся.

Следует напомнить те основные положения о проявлении психических расстройств в раннем детском возрасте, которые были изложены примерно 100 лет назад знаменитым английским учёным-психиатром *Г. Модсли*. Он указывал, что клиническая картина детских психозов определяется не только нозологическими особенностями, но прежде всего уровнем развития мозга. Симптомы психических расстройств, которые мы обнаруживаем у взрослых, у детей не могут проявиться вследствие неполного развития деятельности мозга. Если психическое расстройство развивается в возрасте 1,5—2 лет, то оно может проявиться лишь в «помешательстве рефлекторных центров», то есть лишь в бурных простейших эмоциях: страхе, ярости, плаче, двигательном возбуждении, манежном беге или беспорядочном двигательном буйстве.

Позднее, в возрасте двух лет, психозы проявляются уже более разнообразно. Наблюдаются зрительные галлюцинации, обычно в виде фантазирования, сопровождающегося выраженным аффектом и также возбуждением. В таком фантазировании часто трудно отличить: что относится к фантазии, ярким о́бразам представления, а что — к действительному галлюцинированию. Механизм, который лежит в основе галлюцинаций в смысле проецирования представлений, ещё полностью не созрел, ещё нет полного разделения «я» и внешнего мира.

Позднее возможно развитие и первичного бреда, но в этом возрасте первичный бред проявляется прежде всего в явлениях навязчивости и особенно в ритуалах; идеи первичного бреда проявляются лишь в форме отдельных высказываний. Систематизированный бред, который свойствен зрелому возрасту, как правило, не наступает.

Однако закономерности, присущие шизофрении, обнаруживаются и в детском возрасте.

Шизофрения, возникшая в возрасте 3—4 лет, начинается с выраженных кататонических расстройств — негативизма, мутизма, возбуждения хаотического или по типу бега в манеже — и протекает, как правило, тяжело. Шизофрения, как у этого мальчика, с явлениями навязчивости, ритуалов, отдельных бредовых представлений течёт относительно более благоприятно.

Соотношение возрастных особенностей и специфических закономерностей болезни всегда надо принимать во внимание при диагностике заболевания в каждом отдельном случае, особенно в детском возрасте.

Лекция 4

Параноидная шизофрения

Больной М., 33 лет

Сестра психически больна, неоднократно стационировалась в психиатрические больницы, в настоящее время находится в Московской загородной психиатрической больнице.

Мать умерла от инфаркта в 40 лет, по характеру добрая, заботливая.

Отец раздражительный, требовательный, злоупотреблял алкоголем, мало заботился о детях.

[Остальные] две сестры — раздражительные, вспыльчивые.

Больной родился четвёртым по счёту ребёнком, развивался правильно. Рос тихим, застенчивым, послушным, малообщительным. Учиться в школе начал с семи лет, получал хорошие отметки, успевал по всем дисциплинам. Окончил семь классов. Всегда оставался малообщительным, замкнутым, у него было два близких товарища, дружил с ними, но не был откровенен.

В 15 лет переехал из деревни в Москву, где поступил в вечерний автомеханический техникум, сочетал работу с учёбой, оставался замкнутым, малообщительным. В компании товарищей был стеснительным, легко смущался. С девушками не встречался, сторонился их. Редко ездил в деревню к сёстрам. По окончании техникума работал: вначале слесарем, позже по специальности — чертёжником-конструктором. После переезда сестёр в Москву жил вместе с ними и с психически больной сестрой, которую жалел, навещал в больницах, часто спрашивал сестёр, не сойдёт ли он с ума.

В 27—28 лет, со слов сестёр, изменился по характеру: появились раздражительность, вспыльчивость; временами мучили головные боли; плохо спал ночами, снились кошмарные сны. Стал изредка

выпивать, при этом быстро пьянел. Иногда бывал в компаниях, посещал театры, кино, встречался с девушкой, но жениться боялся, считал своим уделом одинокую жизнь.

На работе в первые годы считал, что сотрудники чрезмерно внимательны к нему, как к новичку, старались помочь ему. С 32 лет появились боли в желудке, неприятные ощущения в области сердца. Обращался к врачам, находили гастрит, после чего тщательно следил за диетой. Мучили головные боли, плохо спал ночами. Появилась утомляемость, легко уставал на работе, трудно было сосредоточиться, делал ошибки в чертежах. Дома в это время находилась больная сестра, которая однажды укусила его, в другой раз проткнула ему щёку карандашом.

Через год начал замечать, что на работе к нему стали хуже относиться, казалось, что обсуждают его нелюдимость, замкнутость, одинокую жизнь, хотят найти ему девушку. Появилось ощущение какой-то изменённости, неуверенности, много думал, что, вероятно, неправ, живя «отшельником». Замечал, что сослуживцы хотят от него избавиться, всё подстраивают, делают назло, следят за ним. Позже заметил слежку со стороны соседей. Появилась тревога, перестал спать ночами, казалось, что всюду за ним следят с целью проверки, куда бы он ни шёл. Когда приходил на работу, то сотрудники тут же умолкали, догадывался, что обсуждали его поведение, плохую работу. Идя по улице, видел, что милиционеры также за ним следят. Вскоре обнаружил, что всё, о чём он говорил с девушкой, известно окружающим сослуживцам, так как они говорили теми же словами, что и он с девушкой. Тут же оставил девушку. Жаловался сёстрам, что на работе о нём сплетничают, хотят изжить его. Чувствовал, что происходит что-то непонятное, не мог взять в толк, почему соседи и сослуживцы в заговоре против него. Ночами вскакивал, считая, что они стоят возле его дома. Через год стал слышать, как сослуживцы говорят о нём плохое, слышал фразы на улице о себе либо, придя домой, слышал, как соседи называли его не «мужчина», а — «мальчик». В прохожих видел переодетых милиционеров, выделенных для слежки за ним, которые знаками давали ему понять, что будут проверять его. Замечал, что соседи подсыпают в пищу какую-то отраву с целью усыпить его и выведать его мысли, на работе же подсмеивались над ним, обсуждали его поступки. Позже внезапно появилось ощущение, что его мысли известны окружающим. Идя по улице, ощущал, что и прохожие свободно читают его мысли и повторяют их. Из-за этого перестал выходить на улицу. Много курил, отказывался есть. Не мог понять, что с ним происходит.

В дальнейшем появилась сильная тревога, боялся что-либо произнести вслух, так как знал, что и без того его мысли известны всем. Внезапно вечером услышал в голове голоса́ милиционеров.

Понял, что они при помощи аппаратов, установленных на чердаке, говорят ему о проверке, обсуждают его действия. На работе также при помощи переносных аппаратов ему говорили, стал подчиняться этим голосам. Неоднократно хотел идти в милицию, чтобы заявить о преследователях. Вскоре появилось ощущение, что при помощи аппаратов ему меняют настроение, вызывают тошноту, заставляют говорить, причиняют ему боли в различных частях тела. На работе и дома постоянно ощущал на себе действие этих аппаратов.

Перед поступлением в больницу был возбуждён, на работу не пошёл, громко отвечал голосам, угрожал им расправой, требовал вызвать милицию, прекратить над ним «издеваться». Был вызван врач, и больной стационирован.

Психический статус. При поступлении напряжён, злобен, постоянно разговаривает, отвечает кому-то в сторону, контакту малодоступен. В последующие дни беседует с врачом, жалуется, что его преследует целая шайка. Сообщает, что при помощи аппаратов «они» проводят над ним эксперименты с целью проверки его убеждений. Говорит, что его мысли читают, они известны всем окружающим, в голове параллельно с его мыслями существуют чужие мысли. Рассказывает, что слышит внутри головы голоса, говорящие ему шёпотом, слышит и «на уши» голоса, комментирующие его поступки, приказывающие ему встать, сесть, не есть и т. д. Дополняет, что в голове звучат его собственные мысли. Сообщает также, что при помощи аппаратов ему вызывают «боли перекручивания», головные боли, тошноту, рвоту, меняют настроение, аппетит. Во время беседы делает гримасу боли, объясняя при этом, что только что было действие аппарата — «перекручивание».

В отделении необщителен, держится в стороне от больных, пассивно подчиняется режиму, уединяется. Временами становится злобным, раздражительным, галлюцинирует. Малодоступен, даёт уклончивые ответы. Критики нет.

Соматически и неврологически — без патологических отклонений.

(Входит больной.)

— *Здравствуйте.*
— Здравствуйте.

— *Скажите, что Вас привело в больницу?*
— В больницу меня привело то, что у меня болело сердце, покалывало, живот болел, была головная боль… На меня направляют аппараты.

— *Это на самом деле или только кажется?*
— Это на самом деле, я убедился в этом.

— *Как на Вас действуют?*
— Действуют на меня… Такой шёпот… Голоса: женские и мужские. Видение было.

— *Какое?*
— Видение? Например, небольшое происшествие, вроде как на улице.

— *Какое?*
— Автобус показали, как в телевизоре.

— *Как это показали?*
— Вроде видения. На улице будто бы автобус стоял, девушка будто хотела перебежать впереди автобуса, мужчина задержал её.

— *Это было на самом деле или Вам показалось?*
— Это мне показали.

— *С какой целью?*
— Не знаю, может быть, есть такие передачи, которыми пользуются.

— *Почему именно Вам, с какой целью Вам такие передачи показали?*
— Почему мне показали? Так попало…

— *А как уловили?*
— С закрытыми глазами я видел. Причём я находился в комнате, никакого автобуса, никаких людей… Не было ни одного.

— *Почему-то Вы решили, что Вам показали?*
— Да.

— *Кто мог показать?*
— Кто — я не знаю.

— *На кого подумали?*
— Я подумал, что это… Впоследствии, когда я попал в больницу, я думал, что это из этой больницы показали.

— *Как узнают Ваши мысли?*
— Мои мысли узнают так, что направляют на меня приёмник с передатчиком, на мою голову, и снимают с моей головы. То есть читали мои мысли и передавали другим.

— *Для чего?*
— Это проверяли меня.

— *Кто проверял?*
— Это люди, которые… Я думал только так, что это люди, которые были из этой больницы.

— *Это Вы решили сейчас. А раньше как думали?*
— Говорили, что это милиция.

— *Ваши собственные мысли звучали в голове?*
— Мои собственные мысли? Были... Было так даже — мне направляли одну мысль, а другую мысль я сам думал... Вторую мысль, две параллельные мысли шли одновременно, две мысли... Я старался избавиться от этой внешней мысли, неправильной мысли... Старался избавиться.

— *Как старались?*
— Повторял свою мысль вслух, чтобы избавиться от этой неправильной мысли, но ничего не получалось.

— *Какое ещё есть воздействие?*
— Есть передёргивания, подёргивания то в одном, то в другом месте. Вызывается в этом месте боль.

— *Кто это делает?*
— Кто-то здесь, я думаю...

— *На кого Вы думаете?*
— На всех думаю: или те, или другие, или третьи, а кто точно — не знаю.

— *С какой целью вызывают у Вас боль, передёргивают Вас?*
— Может быть, меня одёргивают... В последнее время такая мысль: я думаю не так, как нужно, меня одёргивают, чтобы я не думал.

— *При помощи каких аппаратов Вас передёргивают? Как сами представляете?*
— Я думал, что просто ТВЧ.

— *Что такое ТВЧ?*
— Высокая частота.

— *Другие ощущают эту высокую частоту?*
— Нет, не ощущают.

— *Почему только Вы ощущаете?*
— Я не знаю.

— *Не задумывались над этим?*
— Я задумывался... Как только подумал, так это сразу получается.

— *Расскажите.*
— Излучение направляется на нервную систему, нервная система срабатывает, и человек заведомо получает как бы внешнюю диктовку, и под эту диктовку человек делает какие-то движения. Направлена мысль на нервную систему человека, и человек делает эти движения.

— *Есть ли другого рода воздействия? Вас заставляли говорить, произносить слова?*
— Направляют, когда мысли другие, заставляют об этом открыто говорить. Стараюсь сопротивляться.

— *Почему сопротивляться?*
— Потому что не хочется мысли такие…
— *Значит они вкладывают даже циничные мысли?*
— Да, циничные.
— *С какой целью?*
— Я не знаю.
— *Боль не вызывают у Вас?*
— Направляют на голову. Я думаю, что это сам передатчик или просто аппарат направляют на это место и голова прижигается.
— *В какое место направляют?*
— В затылок или впереди, или по бокам. Ощущаешь боль, постепенно увеличивается, увеличивается боль, стараешься даже рукой загородить это место, но ничего не получается.
— *Узнавание мыслей каким образом получается?*
— Узнавание мыслей продолжается.
— *Как же они узнали Ваши мысли?*
— Я думаю о чём-либо, и человек повторяет мою мысль.
— *Какой человек?*
— Посторонний.
— *Как же он узнаёт?*
— А ему направляют. Сначала на меня направляют, снимают с моей головы мысли, а потом уже ему направляют. Могут направить даже на мою голову, я могу повторить чужие мысли.
— *Значит, Ваши мысли другим передают, а чужие Вам?*
— Да. Мои мысли направляются какому-нибудь больному, другому, он будет мои мысли повторять и так продолжается.
— *А его мысли попадают к Вам?*
— Его — нет. Он повторяет мои мысли.
— *И Вы сейчас, в данный момент, себя свободным чувствуете или находитесь под влиянием ТВЧ?*
— Это трудно определить, когда находишься под воздействием. Когда это направление сильным бывает, как бы под напряжением сидишь, тогда чувствуешь, а когда слабое, не чувствуешь абсолютно: направляют на тебя или нет, ничего не чувствуешь.
— *Вас они видят?*
— Они, наверное, видят меня, как люди говорили, видят с помощью этих аппаратов, они могут видеть человека, значит, они меня тоже видят.
— *Это не связывает Вас? Не стесняетесь?*
— Я привык уже к этому, меня нисколько не стесняет.
— *Скажите, как протекает болезнь у Вашей сестры?*
— У сестры — по-другому.

— *А как?*
— Она просто психически больная.
— *Спасибо, до свидания*
(Больной уходит.)

Состояние больного определяется как галлюцинаторно-параноидное с явлениями психического автоматизма и идеями воздействия. Особенность состояния больного заключается в преобладании галлюцинаторных расстройств над систематизированным бредом.

Параноидное состояние может наблюдаться в двух вариантах. В одних случаях преобладает систематизированный бред над явлениями чувственными, под которыми подразумеваются различные псевдогаллюцинаторные расстройства. В других случаях преобладают псевдогаллюцинаторные расстройства над систематизированным бредом. У разбираемого больного также обнаруживаются бредовые идеи воздействия, но они очень скудны и изменчивы. Одно время он утверждал, что на него воздействуют сослуживцы, соседи, затем — милиция, сейчас он говорит о воздействии врачей. Кроме убеждённости, что на него кто-то воздействует, дальше бредовая система не развивается. Вместе с тем у больного обнаруживается сочетание различного рода псевдогаллюцинаций: «эхо мыслей», сделанные мысли, отнятие мыслей, речедвигательные галлюцинации, эпизоды зрительных псевдогаллюцинаций, моторные и разнообразные чувственные псевдогаллюцинации. Такое течение шизофрении является менее благоприятным, более злокачественным, по сравнению с вариантом шизофрении, протекающей с преобладанием систематизированного бреда.

Психоз возник у больного после 28 лет. Выраженных явлений редукции энергетического потенциала, которые обнаруживаются у предыдущих больных, у него не было. Заболевание началось с изменения характера. Он сделался более замкнутым, аутичным. У него возникли бредовые идеи, близкие к сенситивному бреду отношения. В дальнейшем появляются сенестопатии, которые существуют и сейчас. Последующее расширение объёма поражения обнаруживалось первоначально в истинных галлюцинациях, быстро ставших псевдогаллюцинациями, и бреде физического воздействия. Возникновение псевдогаллюцинаций и бреда физического воздействия, как

это обычно бывает, сопровождалось состоянием тревожного возбуждения.

По сравнению с предыдущими больными развитие шизофрении (всех свойственных ей периодов) в данном случае было пролонгированным. У больного наблюдался довольно отчётливый паранойяльный период развития шизофрении с присоединением в дальнейшем сенестопатий и ипохондрических идей. В последующем он видоизменился параноидным состоянием с преобладанием псевдогаллюцинаций. Такого рода пролонгированное течение шизофрении, в котором отчётливо обнаруживается последовательность развития, в своё время описанное французским психиатром *В. Маньяном*, наблюдается в более позднем возрасте, при наличии уже вполне зрелой деятельности головного мозга.

Больная В., 51 год

Наследственность не отягощена. Больная родилась в срок, развивалась без отклонений. Перенесла много детских инфекций. Позже ничем не болела.

По характеру была общительной, весёлой, любила играть со сверстниками. В школе училась с семи лет. Отличалась хорошими способностями: быстро, легко всё усваивала, занималась мало, «надеялась на память», наибольшие успехи отмечались в литературе и истории. Закончила семь классов, после чего поступила в индустриальный техникум. По окончании техникума работала на тракторном заводе. По характеру оставалась весёлой, общительной, энергичной. Замуж вышла 24 лет. В 26 лет после развода с мужем переехала в Москву.

В 29 лет изменилась по характеру: появились раздражительность, не свойственная раньше замкнутость; поддерживала отношения лишь с 2—3 знакомыми. Поступила в машиностроительный институт, проучилась два года, образование не закончила, однако считала себя инженером по холодной обработке металла, а позже представлялась инженером-экономистом.

В возрасте 31 года начала замечать, что на работе сотрудники стали хуже к ней относиться, что они пытаются причинить ей зло, что-то подстроить. Ссорилась с сотрудниками, делала ошибки в работе, на замечания начальника отвечала грубостью. Дома замечала, что и соседи настроены к ней враждебно, всё делают назло, также замышляют что-то против неё. Догадывалась, что они хотели спровоцировать её, оклеветать. Поняла, что это «предательство» и что сотрудники вместе с соседями избрали её жертвой.

В 35 лет стала замечать, что на улице за ней следят, «ходят по пятам» и что это — шайка сотрудников и соседей. Будила по ночам родных, в страхе показывала им тень от оконного переплёта в форме креста, говорила, что всем им «будет крест». Стала слышать стуки в дверь, в стену. Расценивала это как угрозу соседей, ссорилась с ними, становилась всё более агрессивной.

Переменила несколько квартир. С работой справлялась плохо, возникали бурные объяснения с обвинениями сотрудников в заговоре против неё. В 39 лет после ссоры с соседями находилась на судебно-психиатрической экспертизе. Была убеждена, что против неё было «состряпано провокационное дельце». Расценивала это как вредительство соседей и сотрудников, себя считала жертвой. Не спала ночами, испытывала страх, боялась, что её убьют. После экспертизы была стационирована на принудительное лечение в психиатрическую больницу, где находилась четыре года. В больнице стала ощущать на себе действие гамма-лучей, которые направляли на неё врачи больницы по указанию соседей и сотрудников по работе. В дальнейшем говорила, что врачи воздействовали на неё гамма-лучами с исследовательской целью, потому что ревновали её к главному врачу, который оказывал ей много знаков внимания, «выделял среди всех». В больнице начала писать стихи, адресованные знакомым и композитору Мурадели. По выписке из больницы продолжала сочинять стихи, писала письма композитору Мурадели и пианисту Ван Клиберну с просьбой положить их на музыку.

В возрасте 45 лет в связи с постоянными ссорами с соседями, которых обвиняла в воздействии на неё гамма-лучами, повторно стационирована в психиатрическую больницу. Проводилось лечение аминазином; ощущение воздействия уменьшилось. По выписке жила дома с дочерью, помогала в уходе за её детьми. Продолжала писать стихи, либретто для опер, предлагала свои произведения театру. Замечала, что всех, к кому она обращалась, снимали с работы, что у неё исчезали рецензии на её работы. Связывала это с преследованиями, считала, что всё это делалось для того, чтобы не дать ей возможность занять место в жизни.

Стала заявлять, что муж её находится за границей, где занимается проблемами внушения на расстоянии и ведёт за ней непрерывное «дистантное» наблюдение с тем, чтобы не платить ей алименты. Ходила с такими жалобами в приёмные президента Академии наук, министра здравоохранения, требовала прекратить различные эксперименты над ней. По ночам кричала, нецензурно бранилась, говорила дочери о том, что её «пытают, насилуют, делают резекцию желудка на расстоянии».

В возрасте 50 лет в третий раз стационирована. Была возмущена госпитализацией, считала, что поступает в больницу из-за происков её врагов, целой группы садистов, которые с помощью

её мужа ведут непрерывное «дистантное» наблюдение. Решила, что стала жертвой преследователей, потому что она — незаурядный человек: инженер, поэтесса, обладает прекрасным голосом, талантливая писательница, автор книги «Россия—США». Говорила, что за ней ведут наблюдение при помощи кибернетики, радиологии, радиоэлектроники. Просила врача разобраться и наказать преследователей. Требовала литературу по радиоэлектронике. Постоянно слышала разговоры о себе. Временами становилась злобной, агрессивной, настаивала на выписке. Во время лечения аминазином сделалась спокойнее, меньше говорила о воздействии лучами. По настоянию дочери выписана домой.

В последующем ничем не занималась, по-прежнему много читала литературу по радиоэлектронике. Однажды увидела в журнале фотографию человека, в котором узнала своего мужа, ещё раз убедилась, что тот работает в области биологической радиосвязи и передачи мыслей на расстояние. Стала писать запросы в редакцию журнала, но ей было сообщено, что снимок массовый, лица на фотографии редакции неизвестны. Поняла, что от неё скрывают мужа. Ходила в Академию наук, добивалась приёма, требовала прекращения воздействия на неё. Ссорилась с соседями, обвиняла их в преследовании, воздействии лучами, продолжала слышать голоса. Затем стала заявлять, что на её внучку и дочь также действуют электромагнитные волны и радиация, что её внука изнасиловали на расстоянии.

Ощущала на себе всё большее воздействие волн радиации, боли в половых органах, внутри живота. Ходила в правительственные учреждения с требованием наказать преследователей. Считала, что директорá Институтов физики, биологии при помощи своих аппаратов воздействуют на её организм и организмы её родственников. Не спала ночами. Одевалась в различные плотные одежды с целью защититься от радиации. В таком состоянии помещена в психиатрическую больницу.

При поступлении возбуждена, с возмущением заявляет, что её незаконно привезли в больницу из-за того, что соседи, возможно, заодно с её дочерью, что всё это — провокация её врагов и преследователей. «Эти враги» с помощью мужа ведут за ней непрерывное наблюдение. Считает, что благодаря радиации у неё происходят сложные реакции в организме, она ощущает действие радиации: как будто «разрывает её внутренние органы». В последующие дни держится особняком, с достоинством, манерна, жестикулирует, вычурна в причёске. Разговаривает свысока, повышенным тоном, требует у врача литературу по радиоэлектронике. Заявляет, что самое важное в её жизни — её произведения. Уверяет, что раньше обращалась в различные редакции и учреждения с просьбой напечатать её труды,

которые «и сейчас имеют странную судьбу»: «их не напечатали, но все редакторы заболели».

Утверждает, что нужно напечатать её книгу, «тогда будет сохранён приоритет всех честных людей». Сообщает, что она обращалась к академикам Келдышу и Несмеянову, но они почему-то не отвечали. Убеждена, что они заодно с её преследователями. Заявляет, что по радио общается с правительством, которое во всём поддерживает и одобряет её действия. Это она заключает из текста речей, передаваемых по радио. Уверена, что в неё влюблены «лучшие и видные люди, включая Кеннеди», с которым она общается при помощи радио. Отмечает, что ей оказывают внимание ряд других государственных деятелей, которые также беседуют с ней по радио, предлагают выйти за них замуж.

(Входит больная.)

— *Здравствуйте.*
— Здравствуйте.
— *Садитесь, пожалуйста.*
— Приятное общество.
— *Приятное или нет?*
— Внешне приятное.
— *Внутренне как Вы к ним относитесь?*
— Внутренне — осторожно.
— *Почему?*
— Я не смотрю на психиатрию как на остров спасения. *(Смеётся.)* Вы удивлены? Да? Иногда смотрят на психиатрию как на остров спасения. Я, напротив, — как на остров гибели, на остров святой Елены.
— *Почему Вы оказались у нас?*
— Какой наивный вопрос! Вам лучше знать. Моя судьба не зависит от моих желаний, я ни разу сюда не поступала по собственной инициативе.
— *Почему так случается?*
— А вот почему так случается: видимо, благодаря той сложности, которая возникает у так называемого пациента Вашего, благодаря определению «душевнобольной». Вы знаете, что я встретила в журнале «Борьба за мир»? Там у всех больных были заклеены глаза, что абсолютно изменяло их внешность. Я глубоко задумалась над этим и подумала: «Да, действительно, это, пожалуй, правильно, если вернуть в мировую печать личность психически больного, это вполне правильно».
— *Вы считаете, что Вас правильно сюда помещают?*
— Я считаю, что неправильно с самого начала. Причём, это опровергалось с самого начала, это опровергалось моей сестрой,

медицинской сестрой, моим отцом, двумя комсомольцами, сейчас они инженеры-физики. От нас лично писалось заявление в правительство, писали комсомольцы, мой отец, а моя сестра — прокурор, и мной занимались...

— *Отчего всё так происходит?*
— Вывод сделает почётное собрание.

— *Ваше мнение по этому вопросу?*
— Вам важно моё мнение? Оно имеется, но оно несколько щекотливое, и я из скромности не хочу объявлять почётному собранию.

— *Пожалуйста, объявите.*
— Здесь, я полагаю, сумма нормальных обстоятельств.

— *Каких?*
— Прежде всего — специфика моей работы. Я работала в совершенно секретном плановом отделе в качестве инженера-экономиста. По секретности в тот период это было самым первым отделом. Это — первое обстоятельство. Второе обстоятельство: я обладала исключительно красивым колоратурным сопрано, которое известно даже Марио Дель Монако[1], — у медицины есть особая возможность справиться у него. Третье обстоятельство: я была нелюбима Берия за то, что отвергала ухаживания его брата, закончившего училище погранвойск. С тех пор как это случилось, мне стали наноситься довольно грубые удары по моей деятельности. Причём, когда меня сюда взяли, — не по состоянию здоровья. Мне была приписана статья 143. Прошло десять лет, и я несу на своих плечах, которые из широких стали такими, несу это проклятое бремя.

— *Как Ваши успехи в пении?*
— За последние пять лет я очень мало пою благодаря некоторым обстоятельствам, и голос у меня плохой стал, во всяком случае, хуже.

— *Итальянский певец слушал Вас?*
— Почему Вы упор делаете на этом? Я вообще люблю талантливых.

— *Он Вас знал?*
— Нет, он меня лично не знал, он знал меня как певицу.

— *По пластинкам?*
— Нет, у нас радиотехника современная, даже международная. Все подвергаются международному наблюдению по радио. И когда мой голос, в который был влюблён главный врач, очень красивый мужчина, конечно, не в мой голос он был влюблён, а

---

[1]Марио Дель Монако (Mario Del Monaco; 1915—1982) итальянский оперный певец (драматический тенор). *Прим. ред.*

волосы у меня были красивые, кожа красивая, я была здоровая цветущая женщина, он был влюблён в мой голос, я это подчёркиваю и от этого не откажусь.

— *Голос Ваш был слышен в Милане?*
— Когда Марио Дель Монако приезжал сюда, он дал мне понять…
— *Как дал понять?*
— Он сказал мне на дистанции: «Любúте только меня».
— *Продолжаете его любить?*
— Нет, я его не любила. Преклоняюсь перед ним как перед певцом, талантом. Голос Лондона[1] — певца США — мне нравится больше по тембру.
— *И он слышал Вас голос?*
— Об этом не могу сказать, но стихи я ему посылала. И ему, и Джону Кеннеди.
— *Кеннеди что Вам передал?*
— Это было, к сожалению, в прошлом году, письмо было послано с запозданием, и он ничего не передал.
— *Ждёте, что он передаст?*
— Что за странный вопрос! Я из чувства патриотизма не взяла ничего, если бы было и напечатано. Суть была не в этом, а в тех сборниках, которые несли в себе антифашистскую концепцию, на политическую жизнь современности, эстетическая, я бы сказала, высокая культура: вообще сборник был посвящён нашим культурным, международным, в частности, связям Советского Союза и США, мирным, прекрасным чертам этих отношений.
— *Знают ли Вас, считаются ли с Вашим мнением главы правительства?*
— Я должна Вам сказать, что очень высоко оценивают, потому что мои стихи, моя лирика — это красивые вещи политического содержания, такого характера, о которых никто из поэтов не писал. Они несколько шероховаты, может быть, политически, политически, политически очень трудно подбирать рифму, но по своей политической силе, остроте, злободневности, современности они так остры, что я подобных не встречала ни у одного поэта. У меня нет такой поэмы как «Василий Тёркин». А международные отношения — специально газеты надо читать и быть политически грамотным.
— *Вы продолжаете писать стихи и здесь?*
— Здесь я не написала ещё ни одного стихотворения. В прошлом написала «Умелые руки».

---

[1]Джордж Лондон (Барнштейн) (George London [Burnstein]; 1920—1985) американский оперный певец (бас-баритон). *Прим. ред.*

— *Прочтите.*
— Я прочитаю «Розы» — это у Ван Клиберна его семейная эмблема: розы. У меня дома самый прекрасный розарий во всей Москве, я однажды любовалась и писала. Это сусальная вещь, если хотите, не так хорошо. *(Читает стихи)*.
— *Каковы Ваши отношения с мужем?*
— Муж погиб, он был военно-морским лётчиком. Потóм возникла версия, что он жив. Он был военно-морской лётчик и погиб. Прошло десять лет, возникла версия, что он жив. Когда пыталась уточнить его положение, сделала шаг в направлении прокурора — было то, что я рассказала. После того как я посылала в правительство стихи, только тогда меня выписали. Генеральный прокурор принял от меня заявление. Говорят, что мой муж работает в области электроники, в области контакта с отдельной человеческой личностью на расстоянии, что он единственный в своём роде специалист в Советском Союзе, что он безумец, но ему прощают его безумство ввиду оригинальности того, что он знает в области радиоэлектроники.
— *Он с Вами общается на расстоянии?*
— Да.
— *Каким образом?*
— При помощи биотоков. Существует радиолуч, который контактирует с живыми биотоками на базе малых токов. Потóм этот луч пропускается через лазер, билирубин, усилитель и на всех от 14 до 17 тысяч наших нервных узлов нашей вегетативно-мозговой системы он очень тонко играет. Для этого надо быть гением. Если у вас в области родничковой впадины имеются какие-то узлы, имеющие значение в определённой сфере, допустим, около сердца, и ещё луч, то вот «ещё луч», он может так играть, что Вы можете потерять все свои блестящие качества и можете быть на высоте блаженства, то есть оргазм.
— *И он воздействует на Вас?*
— Постоянно. Существует радиорефлектор РФ-59, который указывает направление, количество и местоположение экспериментатора. Я прошу собрание предоставить в моё распоряжение этот прибор, чтобы не казалось Вам, что у меня... У меня были прекрасные чёрные глаза и благодаря такому контакту, видимо, количество жидкости, наполняющей глаз, было засушено, мои прекрасные зубы — нижняя челюсть была повреждена, я не могла писáть, у меня на кистях были нанесены раны. Видите? А? Это от длительного контакта, это на нервной почве, хрящ на нервной почве не исчезает. Итак, прочитаю «Умелые руки». Это такая прекрасная лирика была...

— *А Вы общаетесь с Вашим мужем?*
— Он управлять мной может, а я не могу. Проверим: «Сколько лет этому человеку?» — «63».
— *Это он Вам ответил?*
— Сигнализация есть между нами. Он производит определённое движение в области нёба: 6 раз по 10 и 3 — 63.
— *А Вы, в свою очередь, передаёте?*
— По своей инициативе — никогда. Я подопытное животное, совершенно безвольное. Я могу только предоставить в распоряжение творчество своего мозга. Это то, что о нём знали, — апартеид. Это, если у меня рождается идея, — он эту идею ворует. Я послала Кеннеди свою идею. Джон Кеннеди бросил на остров Кубу свои силы. Я ему пишу письмо: «Господин Кеннеди, много ли нам осталось жить на свете, и в этом ли мы имеем предназначение, родившись?» Я от имени всех русских женщин говорила: «Не будьте жестоки. В случае радиоволны или ракетной войны погибать и вам, и нам. Я приглашаю Вас к себе». Он бы не пожалел. У меня хорошая комната, я бы ему предоставила. Внучки́ у меня хорошенькие, по три года, дочь, сын у меня. Ничего страшного. Ещё написала так: «Господин Кеннеди, я предлагаю вместо того, чтобы воевать, я хочу, чтобы в США, в таких крупных городах, как Лос-Анджелес, Нью-Йорк, Сан-Франциско, чтобы были устроены русские универмаги с самыми изысканными, прекрасными ассортиментами русской продукции, а у нас в таких крупных городах, как Москва, Киев, Ленинград и других — американские универмаги с самой изысканной американской продукцией». Этот вопрос не был ещё разрешён, но мы его пустили в производство. Вопрос весь заключается в сложности обмена валютой. Я проще этот вопрос решила: чем воевать, пусть лучше у нас такой универмаг есть.
— *Какое у Вас настроение?*
— Единственная просьба ко всему собранию. Я вижу, что здесь есть люди мыслящие, молодые, на плечах которых есть опыт небольшой, но всё-таки энтузиазм в отношении утверждения справедливых идей в нашей жизни, может быть, больший, чем опыт. Я особенно к молодым обращаюсь: «Товарищи! Это такая наглость, такое надругательство, когда вы являетесь слепой игрушкой, куклой, ничтожеством в руках этого человека, который вами владеет». В особенности к женщинам обращаюсь: «Почему человек по своему капризу через науку в любой момент может взять вас и взять у вас самое ценное, что есть, самое высокое, то, что он в жизни никогда не имеет?» И тем не менее, ваш академик Берг расписался, что можно высокое чувство оргазма у женщины записывать на пластинку, а пото́м направляют другому, как это было со мной, — вы поняли? Он выбирает себе

ничтожество — кривоногое, безграмотное, поражающее яички, и с этой другой женщиной будет реализовывать мои данные. Это очень важно для мужчины, который выключен из жизни. Я прошу высокое собрание зафиксировать радиосадиста. Он должен мне 32 000 алиментов за десять лет. Я написала книгу, медицина мне должна помочь напечатать в Медгизе…

— *Это же стихи?*

— Они были у пяти редакторов. Редактор «Октября» — заболел, редактор журнала «Москва» — заболел, редактор «Москва рабочая» — заболел. А Кеннеди был убит. Эти стихи напечатать следует Медгизу во славу торжества советской медицины, что человек, находящийся в таких страшных условиях, под пыткой написал, и даже, если хотите, премию дать.

— *Как дальнейшую жизнь представляете?*

— Если напечатать книгу — блестяще. Если нет, если пройдёт книга, я могу умереть сейчас, идя рядом с Вами. Шоки он делает, клиническую смерть от 10 миллионов до 30 миллионов он делает, прежде должно быть вычислено этими лучами, лазартом. Если не верите, умоляю Вас зафиксировать радиорефлектором экспериментатора, может быть, и мой муж. Существует фоторадиорасстояние, существует радиорасстояние. Это очень широко практикуется среди избранных, так что тайны не существует. Я Вам не нравлюсь? Я Вас очень прошу, женщины, дайте мне свободу, снимите с меня. Я восемь лет была донором, имела прекрасного мужчину, любовника. У меня нет причин, чтобы я сошла с ума, я очень живой человек.

(Больная уходит.)

Состояние больной парафренное, в котором причудливо переплетаются идеи величия, преследования, воздействия — величия фантастического, постоянные грёзы наяву.

В подтверждение далеко зашедшего генерализованного расстройства психической деятельности следует указать наличие у неё тенденции к нарушениям типа с и м п т о м а м о н о л о г а и ш и з о ф а з и и — предвестников конечного состояния. Её парафренный бред не только фантастический, но и конфабуляторный, что свидетельствует о далеко зашедшем, значительном объёме поражения.

Болезнь здесь, так же, как и у предыдущего больного, развивалась по закономерности, свойственной шизофрении, возникающей в позднем возрасте. Продолжается она 23 года. Началась, как и всегда, с изменения личности: больная сделалась замкнутой, нелюдимой.

Через некоторое время у неё стали отмечаться проявления чувства превосходства над другими. Далее возникает паранойяльный бред: преследуют на службе, преследуют соседи. Она скоро становится «преследуемой преследовательницей».

В последующем происходит параноидное видоизменение картины психоза. Возникают бред воздействия, псевдогаллюцинации. При дальнейшем расширении объёма расстройств развивается фантастический бред величия и конфабулёз. Болезнь прогрессирует, на что указывают элементы шизофазии. Содержание бреда абсурдно, что представляет собой следствие шизофренического слабоумия —понятия, которое определяется в том числе утратой так называемого смысла реального. При такого рода расстройстве — внутреннее, субъективное не корригируется действительностью, не соотносится с реальностью. Все прошлые знания, память сохраняются. Шизофренический дефект имеет отношение к са́мому высшему уровню психической деятельности. Вместе с тем он вызывает задержку, остановку эволюции психической деятельности. В детстве это приводит к псевдоолигофрении, в подростковом возрасте — инфантилизму, в юности — ювенилизму. В зрелом возрасте можно обнаружить больных с архаической оценкой общественных явлений, остановившейся на уровне тех лет развития общества, когда возникло заболевание.

Повторяю: стереотип развития болезни («цепная реакция») со сменой периодов — изменение психического склада, паранойяльное состояние, параноидное, парафренное (с развитием каждого во всех клинических деталях) — характерен для прогредиентной шизофрении, возникшей в возрасте от 20 до 40 лет.

Лекция 5

Случаи благоприятно, или мягко протекающей шизофрении. Неврозоподобная картина

Сегодня познакомимся с благоприятно, или мягко протекающей шизофренией, с теми случаями, которые очень часто вызывают бо́льшие диагностические затруднения.

Больной Г., 30 лет

Из анамнеза.

Отцу 62 года. С семьёй не живёт. По характеру тяжёлый, вспыльчивый, раньше постоянно упрекал жену в неверности.

Бабушка по отцу страдала психическим заболеванием, каким — неизвестно.

Мать 52 лет, мягкая, неуверенная в себе.

Брат, 21 год, отличается замкнутостью.

Г. в детстве рос и развивался правильно. Был очень живым, подвижным, крепким, ничем не болел. Среди детей слыл озорным и отчаянным. По умственному развитию не отставал от сверстников. В школе начал учиться с семи лет, учёба давалась трудно, особенно математика; никто не помогал. Отношения между родителями в это время были напряжёнными, мальчик был предоставлен самому себе. Из класса в класс переходил с трудом, но на второй год ни разу не оставался. Когда ему было девять лет, отец оставил семью. К его уходу мальчик отнёсся спокойно, так как боялся и не любил отца.

В школьные годы стал малообщительным, застенчивым, хотя и дружил со сверстниками, но близких товарищей у него не было. В игры вовлекался пассивно, был уступчив, в то же время — обидчив и раним.

В возрасте 13 лет интересовался радиотехникой, с увлечением собирал приёмник. Много времени отдавал фотографии. Все вечера

проводил дома один. По окончании семи классов поступил в техникум, где с учёбой не справлялся, математика давалась с трудом. Весенние экзамены не сдал и был отчислен из техникума. Особенно этим не огорчился и устроился работать на завод. Проработав полгода, всё же решил продолжить образование и сдал экзамены в инструментальный техникум. До третьего курса учился хорошо. На третьем курсе (17 лет) впервые появились сомнения в правильности выполняемых действий, неуверенность во всём — в своих словах, поступках, знаниях. Раньше больному это было совершенно несвойственно.

Пробовал убеждать себя, что не должен обращать внимания на такого рода пустяки, однако из-за бесконечных сомнений жизнь усложнилась до предела. Из-за этих сомнений перестал верить себе и проверял всё: запер ли дверь, положил ли на место вещи, взял ли необходимые учебники. Вскоре стало трудно сосредоточиться, особенно при письме. Слова в голове стали распадаться. Например, слово «полежать» распадалось на: «поле» и «жать». Не мог их воспринять в истинном значении и смысле, без конца старался соединить слова воедино, восстановить и осознать их подлинное значение. В голове часто ощущал пустоту. На занятиях не мог ничего понять и осмыслить. Появились утомляемость, вялость наряду с раздражительностью. Снизилась успеваемость. Трудно было общаться с людьми. Приблизительно через год (18 лет) перестал чувствовать себя, казался себе странным; всё окружающее также изменилось, казалось неживым: «Я вижу всё впервые, как будто свалился с другой планеты». К врачам не обращался, надеялся, что это пройдёт самостоятельно. Стал ещё более замкнутым, скучным «для окружающих и для себя». Всегда серьёзно относился к знакомству с девушками. В то время (в 18 лет) дружил с сокурсницей, которой вскоре наскучило его общество, и, истолковав его излишние скромность и робость как нежелание продолжать отношения, она сама оставила его. В связи с этим настроение стало ещё более угнетённым. Продолжил обучение и в 21 год кончил техникум. Через несколько месяцев был призван в армию, где служил 2,5 года. В армии друзей не имел, сторонился общения с людьми. Ощущение своей изменённости оставалось, сомнения мешали выполнять приказания командира быстро и своевременно, в связи с чем часто получал взыскания. Чувствовал, что он «не такой, как все», часто отмечал вялость и утомляемость. Обращался к врачу, однако его жалобы были расценены как нежелание служить в армии.

После увольнения из армии впервые обратился к психиатру, было начато лечение гипнозом, но безуспешно, и после двух сеансов лечение оставил. В течение последующих трёх лет к психиатру не обращался. Поступил на работу на завод. Было трудно общаться с людьми, постоянно мучило чувство неуверенности в своих поступ-

ках, с каждым разом всё труднее мог решиться на какое-то дело. Оставалось неприятное ощущение своей изменённости в общении с людьми. Без конца проверял правильность сделанных расчётов, не мог успокоиться, пока не пересчитает их два-три раза. В связи с этим через год сменил работу. В последнее время работает конструктором в бюро.

Становился всё более замкнутым по характеру. Друзей нет ни дома, ни на работе. Изредка ходил в кино, на вечера, но девушками не интересовался, убеждён, что из-за болезни не имеет права думать о создании семьи. Живёт с матерью и братом, но чувствует себя одиноким и чужим. С матерью холоден, относится к ней с некоторым пренебрежением, считает, что она не понимает его. Распадение и складывание слов, сомнения, не оставляли больного все эти годы. Ощущение изменчивости — собственной и окружающего — периодически то усиливалось, то ослабевало. Появились навязчивые воспоминания событий прошлой жизни и при этом с сомнением — были ли они в действительности или нет. Появилось также желание что-либо сделать с собой или окружающими, особенно с матерью — ударить или убить её. Понимал и знал, что никогда не сделает этого, но избавиться от таких желаний не мог, хотя и пытался убеждать себя в их нелепости, отвлечься и не думать о них. Несмотря на это, продолжал работать и только через шесть лет в связи с резким усилением [патологических] ощущений и страха вновь обратился к психиатру. В последнее время стал представлять себе образно, как в кино, картину, как он убивает или бьёт кого-то. Возникла мысль, что это будет приятно, хотя знал, что никогда этого не совершит.

Психический статус. В отделении спокоен, общается с окружающими больными мало. Охотно говорит с врачом, подробно рассказывает о своей болезни, жалуется, что трудно говорить, читать и писать, невозможно думать. Поясняет, что все слова распадаются, не может уловить их основной смысл, все мысли заняты только тем, чтобы соединить слово, что он устаёт от этих «соединений» и думать ни о чём не может. Говорит, что «голова часто пустая», нет никаких мыслей.

В больнице постоянно сомневается во всех своих поступках и сказанных словах, «проверяет себя», тревожат мысли и желание сделать что-либо плохое. Эти мысли и представления особенно усиливаются, когда приходит на свидание мать.

В больнице впервые появился страх острых предметов, старается не смотреть на них или убрать, чтобы они не попадались на глаза во время каких-либо занятий.

Рассказывает о беспокоящем его чувстве изменённости себя и окружающего. Сообщает, что время и пространство воспринимаются им обычно, а сам себе он кажется «как будто свалившимся

с другой планеты». Отмечает, что видит всё окружающее как бы впервые, не может понять его. Говорит, что у него возникает желание что-либо с собой сделать, например, выброситься из окна, или возникают мысли о мужеложстве; при этом он стыдится таких мыслей, испытывает неприятное чувство внутреннего протеста. Уверяет, что на самом деле он этого не хочет, это ему неприятно, но преодолеть эти мысли он не может. Боится, что окружающие догадываются об этом. Понимает нелепость этих мыслей, борется с ними, осознаёт, что всё это — болезненные явления. Сетует, что лечение ему не помогает, что он потерял надежду на выздоровление, что всё чаще у него появляется страх «сойти с ума» и попасть в «буйное отделение».

(Входит больной.)

— *Как сейчас себя чувствуете?*
— По-прежнему.

— *Улучшения нет?*
— Совершенно нет.

— *Что самое главное в Вашем заболевании?*
— Такая странность, отчуждённость от всего.

— *Что значит «отчуждённость»?*
— Как будто я с какой-то другой планеты прилетел, и всё кажется странным, и люди кажутся странными существами.

— *Как будто впервые всё видите?*
— Именно. Поэтому ни к чему не могу привыкнуть, всё как будто в первый раз вижу.

— *Это относится к обстановке, помещению?*
— Всё равно, одно и то же.

— *Общение с людьми теперь какое? Как прежде, непосредственное?*
— У меня теперь затруднения в общении с людьми из-за того, что кажутся новыми.

— *Себя Вы сознаёте?*
— Себя я тоже плохо сознаю.

— *Что значит «плохо»?*
— Нет мнения о самом себе.

— *А своё «я» чувствуете?*
— Нет, не чувствую. Какое-то смутное ощущение. Нет представления о себе как о личности.

— *Чувства есть у Вас?*
— Чувства есть.

— *Это Ваши чувства?*
— Мои как будто бы.

— *Сознания самого себя нет?*
— Представления о самом себе нет, потому что я сам себя считаю тоже таким странным существом, как и всех людей.

— *Чувственное восприятие природы сохранилось?*
— Кое-что сохранилось.

— *Давно у Вас всё это возникло?*
— Лет уже восемь.

— *Оно усиливается или ослабляется?*
— Нет, не ослабляется.

— *Вы к этому привыкнуть не можете?*
— Никак не могу. Хотел приучить себя, сказать, что это так и должно быть, но ничего не получается, не могу освободиться.

— *Как протекают Ваши мысли?*
— Мне очень трудно думать, потому что у меня слова и речь кажутся странными, как будто я не на русском языке разговариваю, а на другом, слова перестали какие-либо образы вызывать — набор звуков сплошной, как будто немецкие слова, смысла не слышишь, само слово звучит непонятно.

— *Смысл слов есть?*
— Смысла нет. Просто я знаю, что это слово должно означать одно, другое — другое. Пото́м слова ещё распадаются.

— *Что это такое?*
— Особенно такие слова, которые состоят из других слов. Например, слово «полежать» в смысле «лечь», а мне всё время кажется «поле жать», а «полежать» никак не выходит, никак не соединяются две части слова.

— *Ещё пример можете привести?*
— Любое слово, например, «трудно» — всё время в мозгу сверлит как будто «труд, но».

— *Это давно у Вас?*
— С самого начала.

— *С чего началась болезнь?*
— Мне стало трудно писать.

— *Со слов началось или с неуверенности?*
— Неуверенность у меня была, я не мог понять, как пишу, потерял автоматизм письма. Стало трудно писать.

— *Вследствие распадения слов?*
— Нет, тогда ещё слова не распадались. Мне был сам процесс письма непонятен.

— *Что значит «непонятен»?*
— Меня заинтересовало, что именно руководит моим письмом.

— *Сомнения позднée возникли — правильно ли Вы делаете?*
— Это позднée ужé. Потóм я потерял своё «я». Потóм ужé сомнения, потóм стали распадаться слова, окружающее перестало доходить, как сквозь простыню какую.

— *Другие навязчивости когда у Вас возникли?*
— Это ужé в последнее время.

— *Какие?*
— Выброситься из окна, ударить кого-нибудь, потóм — воспоминания.

— *Что с воспоминаниями у Вас?*
— Мне кажется, что, может быть, этого не было, может быть, всё это приснилось.

— *А навязчивость убить, мысли о мужеложстве — это уже самое последнее?*
— Да, самое последнее.

— *Как ко всему этому Вы относитесь?*
— Считаю себя больным.

— *Значит, всё это — проявления болезни?*
— Болезни.

— *Изменился Ваш характер?*
— Изменился.

— *Как же?*
— Стал более замкнутым, с людьми не могу поддерживать контакт.

— *Как Ваша работоспособность?*
— Мне стало труднее работать. Даже в простых вещах сомнения возникают: знаю, что дважды два — четыре, а всё же сомневаюсь, может быть, и не четыре.

— *Как Вы проводили дома время?*
— Дома я больше один, в кино хожу, в театр хожу.

— *Фильмы, спектакли вызывают у Вас интерес?*
— Вызывают.

— *Когда идёт спектакль, воспринимаете это как существующее?*
— Тоже сомнения есть.

— *Какие сомнения?*
— На артистов смотрю то же, как на всех людей.

— *А переживания героев пьес находят отклик у Вас?*
— Находят.

— *Чувственная, эмоциональная сторона у Вас прежняя?*
— Прежняя.

— *Художественную литературу читаете?*
— Нет, трудно читать.
— *Почему?*
— То же самое — распадение слов и сам процесс чтения утомляет. Когда читаешь, всё время такое состояние: «читаешь — не доходит ничего».
— *Окружающее, предметы кажутся Вам действительными или нет?*
— В отношении предметов есть всегда сомнения: существует это или нет, или это только кажется.
— *Что у Вас усилилось в продолжение болезни?*
— Усилилось только, по-моему, психическое разве.
— *Навязчивости?*
— Да. Мысль может привязываться и мучить без конца.
— *Как преодолеваете навязчивость?*
— Начинаю говорить сам себе, что это не так, ерунда, вздор. Хоть целый день могу это говорить.
— *Тогда проходит?*
— Нет, не проходит. Пото́м само проходит через некоторое время.
— *Вы восемь лет больны или больше?*
— С 22 лет, а сейчас мне 30.
— *Почему за восемь лет не обращались к врачам или обращались, но так редко?*
— Я надеялся, что само пройдёт. Ничего не получилось. Я два раза обращался.
— *Какие у Вас отношения с матерью?*
— Тоже отчуждённое состояние от матери, так же, как на всех людей смотрю.
— *В детстве у Вас не было чего-либо похожего?*
— Было иногда, что слова теряли смысл.
— *Когда?*
— Лет в 12 было.
— *Продолжительное время?*
— Нет, недолго. Потеряет смысл, пото́м немножко времени пройдёт, опять всё проходит. Ещё я очень нервный был.
— *В школе, лет с 12 Вы как-то изменились?*
— Я просто не мог найти друзей, товарищ был один.
— *Спасибо, мы сейчас подумаем, как Вас лечить.*

(Больной уходит.)

Состояние больного складывается из деперсонализации, дереализации и разнообразных явлений навязчивости. Деперсонализация и дереализация больного не чувственные, не

анестетические; они — типа отчуждения, типа «никогда не виденного». Их характер свидетельствует о более глубоком расстройстве. Это то, что сейчас называют «изменением существования», при котором реальность утрачивает смысл, суть действительности. Отчуждение здесь достигает степени утраты реальности.

У больного одновременно изменено и самосознание: также в виде утраты, но уже́ аффективного резонанса. У него изменено существование «Я». К своему «Я» он относится так же, как и к людям, как к «впервые виденному», «впервые осознаваемому». Тип навязчивости больного сходен с его дереализацией и деперсонализацией. У него преобладает отвлечённая форма навязчивости, она началась с «умственной жвачки». Дальнейшее расширение его навязчивости также оставалось в пределах отвлечённости с характером неуверенности в реальности — действительно ли: дважды два — четыре. Слова утратили смысл реального. К тому же кругу [расстройств] относится и навязчивое воспоминание прошлого. Воспоминания возникают по типу: как будто этого и не было, как будто всё было только во сне. Подобное расстройство относится к так называемым ассоциированным парамнезиям, но оно не связано с нарушением памяти, а представляет собой одно из проявлений деперсонализации и дереализации, протекающих с характером отчуждения.

Навязчивые явления у больного в последнее время начинают приобретать чувственный оттенок; появляются навязчивые влечения: убить мать, ударить кого-то. Возникает то, что мы называем контрастными представлениями, или кощунственными мыслями — мыслями о мужеложстве, которые для больного чужды, но тем не менее, они ему неотвратимо навязываются. Расширение видов навязчивости, изменение их типа могут свидетельствовать о движении процесса. У больного наряду с позитивными расстройствами обнаруживается возникшее до их появления изменение личности в форме медленно нарастающего аутизма. С годами больной становится всё более и более бездеятельным, его психическая активность слабеет, эмоциональные проявления блёкнут.

Интересно отметить у этого больного ещё одну особенность: в возрасте 12 лет у него возникло вре́менное состояние, когда для него утрачивался смысл слов. Следовательно,

за десять лет до явного начала процесса обнаруживались явления того же самого типа, что и сейчас. После зарницы наступил, если можно так сказать, инкубационный период болезни, с тем чтобы через десять лет она возникла вновь и уже не прекращалась. Такого рода предвестники нередко обнаруживаются задолго до развития шизофренического процесса. А именно о нём и идёт здесь речь. Изменение личности, снижение психической активности, прогредиентное течение заболевания свидетельствуют об этом.

В первое время своего развития заболевание могло быть диагностировано как «невроз навязчивых состояний» или «динамика психастенической психопатии». Такого рода распознавание вполне возможно.

Именно так диагноз болезни часто ставится по преобладающему симптому. При этом легко забывается, что симптом имеет диагностическое значение только во взаимодействии с другими симптомами.

«Правильно уразуметь картину болезни мы можем только синтетическим путём. Отдельный симптом приобретает значение и заслуживает нашего внимания только в совокупности и взаимной связи с остальными симптомами, при правильном сопоставлении и истолковании разнообразных замечаемых явлений, при подробном изучении последовательного их наступления и взаимодействия. Детальный же анализ отдельно выхваченного симптома никогда не может привести нас к желаемой цели, а тем менее при распознавании помешательства. Правильная оценка удаётся только в связи с другими симптомами и при взятии во внимание исторического развития личности и исторического развития болезни» (*Крафт-Эбинг Р.*, 1879).

Возможна ли была [правильная] диагностика в самом начале болезни? Всё же возможна. Задолго до возникновения навязчивости больной изменился по характеру, постепенно стал другим человеком. Вместо озорного, общительного, подвижного с возраста полового созревания он сделался аутистом. Раньше был стеничным, а теперь стал пассивным, астеничным. Он растерял всех друзей, стал хуже приспосабливаться к окружающему. Такого рода общие изменения личности, то, что *Р. Крафт-Эбинг* называл «историческим развитием лично-

сти», необходимо принимать во внимание при исследовании психической болезни.

На вопрос о прогнозе можно ответить лишь предположительно. Во многих случаях шизофрении после длительного периода состояния навязчивости развивается синдром *Кандинского—Клерамбо* с явлениями бреда физического воздействия. Наступит ли у данного больного параноидный этап, или процесс будет и дальше протекать так же вяло, и больной в конечном счёте станет совершенным аутистом с постоянными явлениями навязчивости и деперсонализацией? Может быть, в пользу такого течения говорит печать психической слабости, всё явственнее обнаруживаемая у больного.

О вялом течении свидетельствует отсутствие явлений деперсонализации и дереализации и усиление явлений навязчивости, то есть процесс продолжает сохранять неврозоподобное течение. Но все эти соображения очень относительны.

Следующая больная тоже с так называемой неврозоподобной картиной шизофрении.

Больная Б., 40 лет

Наследственность. *Отец* умер от кровоизлияния в мозг, спокойный, выдержанный, общительный. *Мать*, 60 лет, раздражительная, постоянно ссорится с соседями, не ладит с младшей дочерью и её мужем. Относится к ним по-бредовому: считает, что они затеяли против неё что-то плохое, хотят выжить её из квартиры, грозят её отравить или задушить. Утверждает, что за её больной дочерью постоянно следят какие-то тёмные личности.

Больная с детства была бойкой, общительной, инициативной девочкой. Рано начала помогать матери по хозяйству. Семи лет с бóльшим желанием пошла в школу. Училась отлично. По характеру оставалась такой же общительной, решительной. Если считала себя правой, то переубедить её было трудно, стойко отстаивала свои взгляды. Старалась во всём быть образцовой, любила порядок. В классе являлась старостой, боролась с нарушителями дисциплины. В семье тоже старалась поддерживать образцовый порядок. Имела близких подруг, отличалась откровенностью и доверчивостью. Взаимоотношения со всеми были хорошие. С детства отличалась впечатлительностью. Посмотрев фильм, старалась во всём подражать понравившейся героине. Лет с 13—14 увлекалась театром, выступала на вечерах художественной самодеятельности, читала стихи, пела, танцевала. Кумиром для неё была актриса Любовь Орлова. Читала литературу по искусству, любовь к которому сохранилась

до последнего времени. После школы хотела поступить в театральное училище, но передумала, так как мать была против этого, да и сама больная считала, что у неё несовершенный слух. В 7—8 классе узнала о героине войны 1812 года Надежде Дуровой. Старалась побольше читать о ней, считала, что должна походить на неё, так же проявить геройство, если это будет нужно. Года через два это увлечение прошло. В возрасте семнадцати лет окончила десять классов, поступила в на факультет иностранных языков Педагогического института, где училась хорошо. С годами становилась всё более односторонней, излишне требовательной к людям. Встречалась с молодыми людьми, но больше её интересовал духовный облик человека, «его порядочность, культура».

Мать замечала, что с того времени больная начала часто жаловаться, что она «мёрзнет». Ходила всегда тепло одетой, даже в тёплую погоду говорила, что у неё от холода болит левая щека. Лечилась у гомеопата, также обращалась к другим врачам.

По окончании института полгода работала педагогом, пото́м ей предложили работать в Министерстве иностранных дел.

В то время (25—26 лет) стала отмечать у себя особенно повышенную чувствительность к холоду. Постоянно ощущала в области щёк, около ушей, а также в верхней части шеи какое-то похолодание. Считала, что это результат простудного заболевания. Неприятные ощущения то усиливались, то несколько ослабевали. Говорила, что их трудно охарактеризовать, а возникновение объясняла переохлаждением всего организма. Начала одеваться тепло, старалась ходить в платке. Даже тонкий шёлковый платок предохранял её от холода и возникновения неприятных ощущений. Везде, где бы она ни была, старалась не охлаждаться, по-особому куталась. Так продолжалось около пяти лет. Постоянно выискивала способы избежать охлаждения. Затем решила заняться спортом: регулярно, не менее двух раз в неделю, всегда одна каталась на лыжах, на коньках. Спортом занималась около двух лет по системе «приучивания себя к холоду». Несмотря на наличие постоянных патологических ощущений, с работой справлялась. Была на хорошем счету. Общественная работа приносила ей удовлетворение, нравилось быть «образцовым человеком», старалась, чтобы другие были «по-настоящему людьми». Встречалась с молодым человеком, но выйти за него замуж отказалась, так как он был иностранцем, а она не хотела покидать Родину. В последние годы работала в Министерстве иностранных дел, стала скучать по прежней работе, хотела снова быть преподавателем, «давать людям знания». В 34 года решила перейти на работу в школу, но это не удалось из-за большого перерыва в преподавательской деятельности. В течение полутора лет работала воспитателем рабочих-строителей в общежитии. Эта должность удовлетворяла её, хотя зарплата была раза в три-четыре меньше,

чем прежде. Больной помогала мать. Затем некоторое время была педагогом в группе продлённого дня, а последние два года — в школе-интернате учителем.

За последние годы стала ещё более принципиальной. Не проходила мимо каких-либо нарушений, всегда делала замечания, вступалась за несправедливо обиженного. На улице, в метро, в трамвае делала замечания пьяным. Была убеждена, что работа воспитателем закалила её характер.

Неприятные ощущения у больной стали усиливаться; «всё постепенно подчинялось стремлению избежать переохлаждений». Лечилась у невропатолога, принимала глюкозу, витамины. У больной выработалась целая система предохранения от охлаждений. Просто так выйти на улицу не могла. В определённое время суток должна была надеть соответствующую одежду. Неприятные ощущения возникали в любое время дня. Твёрдо знала, что если она хоть раз в течение дня вышла на улицу, то в последующем должна оставаться некоторое время дома и избегать «переохлаждения», а затем снова может выйти на улицу.

Весной прошлого года больная хотела поехать на курорт, в связи с чем для получения санаторной карты обратилась в поликлинику, где произвела на врачей странное впечатление и была направлена в психоневрологический диспансер, где ей было предложено лечение аминазином. В августе того же года стационирована в психиатрическую больницу, где состояние немного улучшилось, но после «переохлаждения» вновь усилились неприятные ощущения, сопровождаемые тревогой и «внутренним беспокойством». Эти ощущения распространялись по всему телу, «что-то дрожало», ощущала свой мозг, его форму. Вновь была направлена в больницу, где состояние ухудшилось: усилились ощущения в голове, ясно чувствовала форму мозга, при каждом слове «отдавало» в мозг; что-то давило — то в области лба, то затылка; казалось, что распирает глазные яблоки. В зеркале видела, что глаза стали более вытянутыми. После 1,5-месячного пребывания в больнице потребовала, чтобы мать забрала её домой. Дома состояние ещё более ухудшилось. Возникали мысли, что она умрёт. Однажды в диспансере у больной внезапно ослабели руки, повисли как плети. При этом она, рыдая, упала на спину; не понимала, почему плачет; слышала над головой гул, похожий на гудение проводов. Больше таких состояний не отмечалось. Получила вторую группу инвалидности. В диспансере ей предложили госпитализацию.

Психический статус. С первого дня пребывания в больнице жалуется на своё «ужасное, невыносимое состояние». Сообщает, что она совершенно не выносит холода. Отмечает, что после малейшего охлаждения у неё возникает неприятное «нервное» состояние: мозг в голове пульсирует, как бы поднимаясь вверх, ударяется о череп-

ную коробку. Рассказывает, что при глотании, при разговоре что-то отдаёт ей в голову, одновременно с этим возникают неприятные ощущения в виде скованности, что-то стягивает, тянет книзу. Порой, по её словам, чувствует, что ноги связаны с мозгом как будто проволокой, и при каждом шаге всё отдаёт в голову; временами ясно ощущает свой мозг, его форму. Считает, что у неё заболевание вегетативной нервной системы. Поясняет, что все эти ощущения появляются после малейшего охлаждения.

Обо всём говорит охотно, обстоятельно, тихим голосом. Многоречива. Речь витиеватая, со склонностью к рассуждательству. Несмотря на многословие, чётко сформулировать свои ощущения не может. Во время беседы часто посмеивается, хихикает. Временами на лице появляется выражение страдания, заламывает руки. Одета неряшливо, волосы не причёсаны. Постоянно поёживается, кутается в халат, из-под которого виднеется другой халат, на голове повязано полотенце. В отделении первое время почти не вставала с постели, лежала, не снимая халатов, в чулках, с полотенцем на голове, кутаясь в одеяло; постель была в беспорядке. При попытке взять у неё полотенце протестует, говорит, что она «этого» не вынесет, ей «ужасно», она откажется от лечения в больнице. Настойчиво требует выписки, считает, что над ней «издеваются». После изъятия полотенца повязала голову носовым платком.

В последующие дни иногда находится среди больных, слушает их разговоры, но сама принимает в них участие редко; держится обособленно и одиноко. К врачу не обращается. При свидании с матерью требует выписки, кричит при этом и на врача, но вскоре успокаивается, манерно улыбается. К прежним жалобам больной присоединились жалобы на неприятное дрожание во всём теле. По-прежнему необщительна, первая никогда ни к кому не обращается. Неряшлива. Если встаёт с постели, то ходит медленно, осторожно. Говорит тихим голосом, многословна. Продолжает настаивать на выписке. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений нет.

(Входит больная.)

— *Как Ваше здоровье?*

— Появилась особая тряска, которая не даёт покоя ни днем, ни ночью.

— *Чувство охлаждения?*

— Я чувствую холод и неприятное такое ощущение во всём теле.

— *Сколько времени тянется «охлаждение»? Кажется, с детства?*

— Не с детства, но длительное время.

— *Какое это ощущение?*
— Это так, как открыта форточка или окно, если стою напротив открытой форточки или окна. Я чувствую холод и неприятное чувство беспокойства во всём теле.
— *Чувство холода ощущаете во всём теле?*
— Не чувство холода, а какое-то беспокойство.
— *Внутреннее беспокойство, которое ощущаете в животе, в груди?*
— В животе нет. Во всех мышцах, в груди и в спине.
— *Боль в мышцах?*
— Острая, напоминающая зубную боль, жуткая боль.
— *Вы объясняете это «вегетативным» или даже «психическим»?*
— Психическое — это нарушение центра в мозгу, а охлаждение через вегетативный нерв передаётся на кожу, действует, если нарушен центр, он и вызывает охлаждение.
— *Какое ощущение у Вас в мозгу?*
— Когда говоришь, в мозгу такое впечатление, что расстроен мозг, малейший голос, стук отражается.
— *Это давно возникло?*
— Нет, это уже месяца четыре или пять. Возникло такое ощущение, что каждый звук, каждое внешнее раздражение, особенно когда сама я говорю. Мозг как будто производит какое-то движение. Вздрагивает и касается черепной коробки. Очень неприятное ощущение.
— *Вы с годами изменились?*
— Ослабела, вялая стала.
— *Что был за эпизод в диспансере? Вы упали, гул услышали?*
— Не знаю, вдруг разразилась рыданиями.
— *Было грустно?*
— Нет, легко на душе было. Я рыдала, а на душе легко-легко. Удивлялась собственному плачу. И почему-то в этот момент была какая-то лёгкость на душе, а над головой какое-то звучание: «У-у-у». Потом прекратилось это, я встала. И у меня глаза какие-то ненормальные с этого момента. После этого произошло какое-то изменение, и глаза потеряли свою прежнюю нормальность.
— *Ваша мать говорила, что за Вами кто-то следит на улице?*
— Это были [люди] из столовой, которые хотели познакомиться со мной.
— *В течение жизни влюблялись в кого-нибудь?*
— Влюблялась. Накануне ухода в больницу у меня было двое, из которых я могла выбрать. Но тут пошла в больницу.

— *Два поклонника у Вас?*
— Они ухаживают за мной по-рыцарски... Тряска меня мучит днём и ночью.
— *До свидания.*
(Больная уходит.)

В клинической картине заболевания у данной больной преобладают тягостные ощущения, для объяснения причин возникновения которых, несмотря на современные методы нашего исследования, ничего объективного обнаружить не удаётся. Такого рода ощущения носят название с е н е с т о п а т и й. В последние два года они у больной становятся всё более разнообразными и интенсивными — возникло ощущение дрожания мозга, прикосновения его к черепной коробке. Наряду с сенестопатиями опять-таки в последнее время обнаружились ипохондрические идеи в виде системы: больная утверждает, что у неё нарушена деятельность психического центра головного мозга, в результате чего через вегетативную нервную систему она делается чувствительной к охлаждению поверхности её организма. Подобная система объяснения с достаточным основанием может быть названа бредовой.

Также в последние годы больная изменилась: стала пассивной, потеряла волю, ранее свойственную ей педантичность.

Наконец, возникает эпизод необычного, непонятного для неё самой состояния, сопровождавшегося плачем и особой внутренней ясностью, лёгкостью и звуками гудения.

Заболевание, выражавшееся у больной в течение 18—19 лет исключительно сенестопатиями, за последние два года становится по своим проявлениям всё более и более сложным, что указывает на его прогредиентность. Подобное усложнение должно очень настораживать. Прогредиентность в данном случае совпадает с наступлением 40-летнего возраста — периода обострений, особенно у женщин, процессуальных психических заболеваний.

Прогредиентность сказывается и в истории со слежкой за ней, и [в истории о] двух женихах, по её словам, — «рыцарях». Психический склад больной с годами постепенно явно меняется. Она становится всё более аутичной, ригидной, однообразной. Сослуживцы называли её «странной», «старомодной». Ранее лечившаяся у невропатолога и работавшая,

она становится инвалидом и в течение последних двух лет дважды помещается в психиатрическую больницу.

Таким образом, мы должны думать об обострении вялопротекающего шизофренического процесса, манифестировавшего первоначально в течение длительного времени сенестопатиями, а теперь — более сложными расстройствами. Вместе с тем следует указать, что сенестопатии — не прерогатива шизофрении. Сенестопатические явления обнаруживаются и при маниакально-депрессивном психозе, циклотимии и при психопатиях. При циклотимии сенестопатии возникают во время депрессивной фазы и вместе с нею полностью исчезают. У психопатов, психастеников и неврастеников сенестопатии проявляются в виде навязчивости. У нашей больной сенестопатии непрерывные, упорные, а в последнее время они приобретают вид бреда.

Всё вышесказанное позволяет поставить в данном случае диагноз вялопротекающей шизофрении с сенестопатическими расстройствами. Но это определение развития болезни очень относительно. Судя по возникшим в последнее время признакам прогредиентности процесса, не исключено развитие в ближайшее время параноидных расстройств. Несомненная угроза такого развития болезни должна определять и характер терапии у больной, и так называемую «вторичную профилактику».

Лекция 6

Варианты поздней шизофрении

Больная К., 53 лет

Анамнез. Наследственность психическими болезнями не отягощена, одна из сестёр производит странное впечатление: излишне много рассуждает, склонна приписывать болезнь сестры влиянию жильцов, усматривает недоброжелательность к больной со стороны врачей.

Больная родилась в срок. Раннее развитие правильное. Учиться начала с восьми лет, успевала хорошо. В школе была живой, жизнерадостной, дружила с девочками, участвовала в общественной жизни школы. По окончании семи классов из-за материальных трудностей в семье начала работать на телеграфе секретарём, в дальнейшем — штамповщицей. Излишне серьёзно относилась к молодым людям, в дальнейшем избегала их, не находила себе человека по душе.

В детстве часто переносила ангины, взрослой — воспаление лёгких, плеврит.

С 21 года стала испытывать страх [открытого] пространства, не могла переходить улицы и площади. При виде широкой улицы подкашивались ноги, возникали неприятные ощущения в голове, в сердце, казалось, что может потерять сознание. Старалась преодолевать страх, но не могла и выработала защитные приёмы: объезжала далёкими маршрутами площади и широкие улицы, переходила их с трудом, в сопровождении близких и знакомых, иногда удавалось перейти широкую улицу, если шла толпа.

Совершала длинные обходы по узким переулкам. Покупала справочники по Москве, чтобы находить себе удобные маршруты; знала в Москве почти все проходные дворы.

Двадцати двух лет впервые лечилась в психиатрической больнице. Оттуда через месяц выписалась. Затем устроилась на фабрику

штамповщицей, работала удовлетворительно, но из-за страха перед площадями продолжала совершать бóльшие объезды. Стала замкнутой, но дома была деятельной, помогала семье, стеснялась своих страхов.

В 31 год снова находилась в больнице. Через полтора месяца была выписана. Вскоре приступила к работе на прежнем месте.

После выписки по-прежнему испытывала страх и, хотя понимала нелепость происходящего, продолжала объезды. Иногда обращалась к терапевтам и невропатологам по поводу головных болей, утомляемости и страхов. Однажды консультирована в клинике, где её демонстрировали студентам как больную неврозом навязчивости.

В возрасте тридцати девяти лет страх усилился, участились головные боли, не могла переходить широкий двор завода, в связи с чем вновь была помещена в психиатрическую больницу. В выписке указывается, что больная всегда справлялась с работой, но основное, что её беспокоило, — это страх, возникавший при необходимости переходить площадь или широкую улицу. В последнее время больная стала часто посещать церковь, постоянно рассказывала о навязчивом страхе, стеснялась его. В отделении вела себя правильно, стремилась чем-нибудь заняться. В конце пребывания в больнице общее состояние её улучшилось, но страх остался.

В дальнейшем работала картонажницей на фабрике, в последние десять лет — надомницей при той же фабрике. Стала ещё более замкнутой, растеряла знакомых, по-прежнему избегала широких улиц.

Со слов сестры, лет шесть назад больная стала называть одну из соседок колдуньей, предупреждала, что та причинит их семье вред. Больная замкнулась, не доверяла соседке, постоянно боялась её «колдовства».

Затем начали замечать, что больная как будто с кем-то разговаривает, упоминает бога, Иоанна Крестителя, жалуется на невзгоды, становится на колени, просит избавить её от колдовства. Стала часто ходить в церковь. Рассказала сестре, что слышит голоса в бое часов. Выставляла часы из комнаты, но продолжала слышать голоса по радио и телевизору. Оставалась надомницей, помогала по хозяйству занятой на работе сестре. Вскоре стала раздражительной, тревожной, вслух ссорилась с голосами. Жаловалась, что ей вызывают неприятные ощущения в голове, теле, внутренних органах, её окружают, переворачивают её внутренности, отключают желудок, запирают заднепроходное отверстие. Плохо спала, бранила голоса, называла их хулиганами, чёрной магией и фашистами, иногда становилась на колени и умоляла оставить её в покое. Заявляла, что её подвергают пыткам. По поводу неприятных ощущений в теле, «вызываемых хулиганами», обращалась к врачам, очень воз-

мущалась, когда у неё ничего не находили. В последний месяц сделалась совершенно невыносимой; громко цинично бранила своих преследователей, которые теперь уже «с помощью кибернетики и высшей техники» производили над ней свои «жестокие манипуляции»: вставляли в уши какие-то невидимые наушники и таким образом узнавали её мысли и передавали другим, воздействовали на её мозг током и уколами. Разговоры и воздействия происходили всюду: дома, в церкви, на улице. Больная с возмущением рассказала, что «голоса цинично её насиловали», «раздирали ей внутренности».

В больницу помещена с принуждением. Сообщила, что года три назад стала слышать голоса, которые говорили с ней, комментировали её поступки, называли её то «чокнутой дурой», то «слабоумной дурой». Голоса слышались издалека, не знала, кому они принадлежат. Сначала думала, что это какие-то «хулиганы над ней насмехаются», «подключившись к радио или к телевизору». Потом голоса стали более постоянными и упорными. Они начали предвосхищать её мысли, прерывать их, повторять. Затем появились всевозможные ощущения в теле, голове. Все эти ощущения были сделанными, и тогда она поняла, что над ней производят эксперименты: какие-то учёные изучают рефлекторную деятельность, голосами воздействуют на кору и вызывают сложные изменения — то «лишают коры», то «давят на продолговатый мозг, сердце и кишечник». Обращалась по этому поводу к специалистам, терапевтам и невропатологам, но они не находили никаких изменений. Чувствует, что в течение последнего года над ней стали упорно издеваться, насмехаться, причём «этот хохот» исходит издалека, из какого-то пустого помещения — предположительно из лаборатории. «Они» стали заставлять её становиться на колени, просить у них прощения и идти в церковь. В церкви почувствовала облегчение, успокоение, но их издевательства мешали ей. Начала замечать, что «они» воздействуют путём усыпления, гипноза не только на неё, но и на прихожан церкви, а также на жителей дома, в котором она живёт. Замечала, что многие прежде слабые и больные выходят из церкви более бодрыми. Решила, что голоса, «связанные с учением», преследуют и воздействуют на окружающее, решают какие-то задачи. Заявляет, что по вечерам её усыпляли, что давало хороший сон, но чаще «они» стали вызывать половое возбуждение, вибрацию в различных органах, запирание прямой кишки, отключение кишечника. Говорит, что её «как электротоком или иглой внезапно пронизывают от продолговатого мозга до крестца». Сообщает, что часто она умоляет «их» оставить её в покое, прекратить опыты, но «они» отвечают ей только смехом. Изредка идут ей навстречу: так, после трёхдневного «запирания кишечника» «они» вдруг его освободили и доброжелательно сказали: «Вот видишь, мы тебе по-

могли». В другой раз приказали девять дней не есть, а через три дня разрешили и заявили: «Вот видишь, мы тебе разрешили есть».

В больницу поехала неохотно, вопреки своему желанию. Заявила, что если бы «научное учреждение, возглавляющее эти опыты», отказалось от своих «исследований», то она продолжала бы жить дома, спокойно работать как надомница-картонажница.

Соматические изменения соответствуют возрасту.

Психическое состояние при поступлении. Недовольна поступлением в больницу. Считает, что её преследуют голоса, которые с помощью аппаратов вызывают у неё много неприятных ощущений в теле. Отказывается от лекарства, больной себя не считает. При осмотре в кабинете заявляет, что не хочет ни о чём беседовать, ей не нужны никакие профессора, она здорова, её надо отпустить домой. Говорит, что ей никто не помог в жизни, а теперь — тем более. Постепенно успокаивается, становится менее напряжённой и сообщает, что постоянно слышит голоса, которые доносятся, как она предполагает, из какого-то центра, может быть, из научной лаборатории. Уверяет, что причиной этому является не «чёрная магия», а, скорее всего, «электроника». Какие-то учёные, по её убеждению, заняты изучением рефлекторной деятельности и вызывают у неё всевозможные рефлексы: из-за надавливания на кору, продолговатый мозг происходят сжимание, растягивание, распирание кишечника, желудка, половых органов. Сообщает, что воздействие производится почти постоянно: дома, на улице и здесь — в больнице. Причём она замечала, что воздействуют не только на неё, но и на всех больных. С помощью аппаратов их усыпляют и вызывают у них возбуждение и неправильное поведение. «Они» комментируют её поступки, подсказывают, предвосхищают её мысли. Часто узнают желания и издеваются, хохочут над ней, приказывают ей становиться на колени и вымаливать у них прощение, а за что — она не знает. Изредка «они» как будто отпускают её, успокаивают, уменьшают воздействие на внутренние органы, но это бывает очень редко, в большинстве же случаев продолжается издевательство над её мыслями, чувствами и телом. Речь и мимика больной носят монотонный характер. Враждебно относится к больнице. Утверждает, что «здесь всё плохо», «здесь неправильный подход к больным». Заявляет, что вместо того чтобы уговорить больного, здесь делают уколы, которые «только вредят больным», в частности, ей. Вспоминает своё пребывание в других психиатрических больницах и уверяет, что там отношение к ней было «более правильное». По её словам, ей не могут помочь врачи, не могут оказать помощь те, кто производит над ней опыты. Говорит, что «Медицинская газета» должна разбираться в этом деле, но для этого ей надо быть в больнице.

(Входит больная.)

— *Здравствуйте, садитесь. Как поживаете?*
— Ничего.

— *Вы недовольны помещением в больницу?*
— Нет.

— *Почему?*
— Что же мне — жить в больнице?

— *Лечиться.*
— Я уже вылечилась.

— *Вы больны?*
— Не знаю, голова у меня [болит].

— *А воздействие?*
— Ничего не знаю.

— *Кто же воздействует?*
— Я думаю, что учёные, потому что они только могут воздействовать, воздействуют везде на меня.

— *С какой целью?*
— Вред приносить, что ли…

— *Какой вред и как они воздействуют на Вас?*
— Они говорят всё время мне в уши прямо.

— *Что?*
— Всякое.

— *Кто они такие?*
— Думаю, Вы мне подскажете. Я думаю, здесь задействованы новые науки современные — кибернетика, электроника, радиотехника, поэтому, я думаю, научные сотрудники работают.

— *Почему они Вас выбрали?*
— Я не знаю. Может быть, другим тоже делают.

— *И на них воздействуют?*
— Этого я не знаю.

— *Мучительно воздействие учёных?*
— Конечно.

— *Они вмешиваются даже в деятельность Вашего кишечника, пищеварения?*
— Да, вмешиваются.

— *Каким образом?*
— Рефлекторно.

— *На что рефлекс вызывают?*
— На всякое дело можно вызвать.

— *Например.*
— Например, в одном месте что-то сделают, и пойдёт рефлекс туда и в голову.
— *Потом на кишечник?*
— Да.
— *И половое возбуждение вызывают?*
— Это тоже, но больше кишечник.
— *Мысли Ваши они узнают?*
— Да, узнают мысли. Что хочу сказать, сейчас и говорю, а последующие слова они уже знают.
— *Как же они узнают?*
— Я считаю, что читают за мной и говорят точно это же. Я говорю как — Вы все видите? «Мы знаем, что ты хочешь сказать и говорим следующие слова — мы уже знаем следующие слова».
— *А они видят Вас?*
— Как же, видят.
— *Видят, что Вы делаете, как ходите?*
— Всё знают, аппаратом видят.
— *Вы никогда не думали, что это болезнь, что никакого воздействия нет, что всё это Вам кажется?*
— Не знаю, у меня же есть это. Они говорят прямо в мои уши.
— *А страх у Вас сохранился — страх открытых площадей, широких улиц?*
— Да, он сохранился.
— *Боязнь улиц, площадей — это болезнь?*
— Наверное.
— *А рефлекторные воздействия и голоса — может быть, тоже болезнь?*
— Вы́ мне это скажите.
— *А Вы как думаете?*
— А почему голоса говорят? Это делают специально.
— *С какой целью?*
— Мне думается, что это умышленно.
— *Вы считаете, что напрасно находитесь в больнице?*
— Здесь одно дело, а дома другое.
— *Спасибо, до свидания.*
(Больная уходит.)

Заболевание представленной пациентки относится к одному из вариантов п о з д н е й ш и з о ф р е н и и. В данном случае обозначение «поздняя шизофрения» чрезвычайно условно.

Речь здесь идёт не о возникновении шизофрении впервые в возрасте 40 лет; сейчас произошло лишь обострение этой болезни, появление прогредиентности. Заболевание началось, когда у пациентки впервые в жизни возникли явления навязчивости в форме агорафобии. Одновременно с ними или, может быть, предшествуя им, произошли и изменения личности больной. Если раньше она была энергичной, активной, то теперь сделалась более пассивной, неуверенной в себе, становилась всё более замкнутой. Круг её интересов начал ограничиваться только пределами дома, она растеряла прежних знакомых и друзей, стала очень религиозной. Изменения личности развивались постепенно. Навязчивый страх с самого начала отличался упорством, инертностью и без изменений оставался до настоящего времени. Первоначально заболевание проявлялось, если хотите, как невроз навязчивых состояний. Так его и трактовали. Его истинная природа обнаружилась лишь после 40 лет. Протекает болезнь, как вы теперь видите, по закономерностям, свойственным параноидной форме шизофрении. Первоначально возник продолжавшийся в течение двух лет паранойяльный бред. В последующем он видоизменялся бредом физического воздействия и самыми разнообразными проявлениями психического автоматизма. К особенностям паранойяльного состояния относится преобладание разнообразных псевдогаллюцинаторных расстройств, достигающих фантастического псевдогаллюциноза с проявлениями транзитивизма[1]. В его содержании обнаруживается и воздействие на генитальную область, что часто наблюдается в клинике шизофрении позднего возраста. Психоз у разбираемой больной представляет собой один из вариантов шизофрении позднего возраста. Он характеризуется возникновением после 40 лет прогредиентного течения данной болезни, развивавшейся ранее длительное время исподволь, в виде необычно тяжёлых шизоидных психопатоподобных расстройств, упорных явлений навязчивости.

В этом возрасте наблюдается и другой вид течения шизофрении с началом, а не экзацербацией медленного развития

---

[1]Транзитивизм (лат. *transitus* — переход, перемещение) — бредовой феномен в структуре синдрома психического автоматизма, проявляющий в убеждённости больного, что его переживания и ощущения воспринимаются помимо него ещё и окружающими. *Прим. ред.*

впервые после 40 лет. Паранойяльный бред у такого рода больных обычно непродолжительный, нередко всего несколько месяцев. В дальнейшем, вслед за столь же непродолжительным параноидным периодом, развивается хроническое парафренное состояние, обычно с фантастическим галлюцинозом, особенно часто эротического содержания. В таких случаях поздняя шизофрения течёт более злокачественно. Данная особенность течения заболевания напоминает гебефрению, при которой также периоды развития процесса быстро следуют один за другим, приводя больных через довольно непродолжительный срок к конечному состоянию.

В позднем возрасте встречается и периодическое течение шизофрении со свойственной ей благоприятной динамикой. Правда, в этом случае приступы её обычно затягиваются, но, тем не менее, ремиссии, как правило, наступают.

Следующая демонстрация относится к ещё спорному в настоящее время вопросу возможности наступления шизофрении впервые в старческом возрасте, относительно чего в психиатрии существуют различные точки зрения.

Больная Л., 79 лет

В психиатрическую больницу поступает впервые.

Анамнез со слов дочери. Родилась в деревне, в крестьянской семье. В роду психически больных не было. В школе не обучалась, грамоте научилась, уже будучи взрослой. Могла написать короткое письмо, читала по складам, крупный шрифт. До 56 лет жила в деревне. Была замужем. Пятидесяти шести лет овдовела. Было восемь детей, четверо умерли в раннем возрасте, сын погиб на фронте, дочь умерла от рака, живы дочь и старший сын. С 56 лет жила в Москве в семье дочери, помогала ей по домашнему хозяйству. По характеру молчаливая, тихая, спокойная и «безответная». На здоровье никогда не жаловалась. Каких-либо расстройств до 70-летнего возраста родные не отмечали.

Заболела постепенно в возрасте 70 лет. Периодически стала жаловаться дочери, что соседка её отравляет: то газ в комнату пускает, то махнёт рукой в её сторону и обсыпет каким-то порошком. Вначале дочь не придавала этому значения. Поведение больной оставалось правильным. Пото́м она стала утверждать, что к соседке ходят «немцы» и «американцы». Слышала топот их ног, в сумерках видела в окне мелькание их фигур, слышала голоса в своём доме: «Мы её уничтожим». После отъезда соседки была убеждена, что та продолжает жить дома в подвале, что по ночам она забирается в подполье и оттуда колет её в бока чем-то острым. Говорила, что

другая соседка провела под её комнатой газовые трубы и пускает газ в щели, в дыру в стене; выходила на улицу и искала в стене газовую трубу. В окружающем была ориентирована, узнавала родных.

В дальнейшем периодически по несколько дней не ела. Закрывала нос и рот платком, укрывалась от газов, говорила, что её всю обсы́пали микробами, что пища отравлена. Запиралась в ванной и мылась холодной водой, спасаясь от микробов. Требовала, чтобы дочь ошпаривала кипятком чистое бельё, уничтожала на ней микробов.

Стала слышать голоса: «Мы всем головы поотрубаем, а Господь внучке опять головку приставил, и она ожила». Голоса исходили из труб центрального отопления и водопровода; отвечала на эти голоса. Голоса угрожали убить её, а потом расправиться с дочерью. Такое состояние продолжалось года три. В дальнейшем стала утверждать, что она не одна, рядом с ней Господь. Наливала в чашки молоко, раскладывала по тарелкам сладкое в ожидании «святых». Кипятила для них на кухне чайник на плите. Перед стационированием сделалась особенно тревожной, не спала, почти ничего не ела, стремилась уйти из дома.

При поступлении правильно назвала фамилию, имя, отчество, возраст. Была малодоступна. На вопросы о бредовых переживаниях отвечала уклончиво: «Вы и так всё знаете».

В течение первых пяти-шести месяцев после поступления всё время проводила в постели, часто отказывалась от еды, говорила, что пища отравлена. На окружающее не обращала внимания, но на вопросы отвечала. Периодически становилась более беспокойной, напряжённой, злобной, прятала лицо, укрывала его платком и одеялом. Отталкивала врача, не разрешала приблизиться к ней, отказывалась отвечать на вопросы.

На свидании с дочерью говорила, что слышит голоса умерших, сына; вокруг неё — Бог и ангелы, в другой комнате — какие-то дети, она слышит их плач. Просила не класть приносимое её дочерью на стол: «Всё микробами засыпано». Озиралась по сторонам, говорила, что с ней рядом Господь.

В последующие три месяца выраженных состояний тревоги и страха не наблюдалось. Держалась манерно, неестественно прямо, говорила монотонно, высоким голосом, употребляла уменьшительные слова и неологизмы. Так, больницу называла «простернак», санитарку «казницей» и так далее. Оставалась обособленной от окружающих, отрешённой от всего происходящего, молилась. Продолжала галлюцинировать, говорила, что слышала голоса дочери «по блокноту». Разговаривала с галлюцинаторными голосами. Иногда работала в часы трудовой терапии. Периодически залёживалась в постели, говорила при этом, что она прикована, что день и ночь

она работает, её тело идёт на кресты. Отказывалась пояснить слова: «Вы и так всё знаете». На четвёртый год пребывания в больнице стала несколько более доступной, говорила, что «лягушки сидят на голове, всю голову связали, жгут голову, ставят свечи». Добавляла: «В голове сидят ведьмы, вот и болит голова». На вопрос, как они туда попали, сказала: «Вошли через лоно или задний проход». Утверждала, что у неё нет сердца, лёгких, печени, «всё съел обезьян, который поселился у неё в животе, что зовут его Григорий Николаевич Гришин — это их бывший сосед». Спрашивала у дочери, узнала ли та её, ведь у неё «лицо изуродовано», «глаза кровью вставлены».

Говорила: «Сидит на голове обезьян, тянет мысль». Рассказывала, что три дня лежала умершей, «из головы вылезли обезьяны и садились на лбу». Поведала также, что «мышей мешками высыпают», они «залезли в дырку на голове, а потом их вызвали обратно». Временами отмечалось слегка приподнятое настроение. Во время свидания с дочерью спрашивала, поедет ли та в деревню одна или с Николаем Угодником? Считала, что дочь «беременна от Николая Угодника». «От святого человека можно», — сказала и улыбнулась при этом. Отрицала неприятные ощущения в голове. Через несколько дней возвратилась к своему обычному состоянию безразличия и отрешённости.

В последующее время состояние однообразное. Оставалась безучастной к окружающему. Залёживалась в постели, плохо ела, иногда совсем отказывалась от еды. При обращении к ней старалась уйти от разговора: отворачивалась, укрывалась с головой одеялом, закрывала глаза, просила не тревожить её. Всегда закрывала рот рукой. Заявляла, что больничная пища полна червей. По её словам, сама она червей не видела, но слышала, что все об этом говорили. Просила оставить её в покое; жаловалась, что она «вся битая, истерзанная, ей ломают кости бандиты», а днем её «исцеляют ангелы». О своих фантастических переживаниях спонтанно не рассказывала, но при расспросах выяснилось, что они сохраняются в течение трёх лет. Часто персонал и врачей признавала за бандитов, врагов, вредителей или обезьян. Считала мужа соседки Григория Николаевича Гришина своим главным врагом. Говорила, что он вселился в её тело и «поел сердце, лёгкие, печень, кишечник, мозг, а когда всё съел — улетел». Позднее слышала его разговоры за стеной, по телефону и «по блокноту». Поясняла, что «слух такой передаёт прямо в голову; говорят то сплетни, то хорошее, иногда бранятся нецензурно, а то шумят, поют; по телефону узнаю́т её мысли». Полагала, что когда она засыпает, то тело превращается в кресты, а голова в свечи и цветочки, сама она исчезает, а затем Господь снова создаёт её. Отказывается объяснить детально, как это происходит: «Пойдите в первую палату да посмотрите сами». Называла себя

мученицей, праведницей, в связи с чем её тело «идёт на кресты золотые».

На свидании с дочерью ни о ком из родных не спрашивала. О брате сказала, что он уехал в Израиль. Не интересовалась реальными событиями, происшедшими в семье и во внешнем мире. Жаловалась дочери, что «бандиты топили её в болоте, гвоздями к стене прибивали». Заявляла, что врачу «отрезали голову, и та сидит в кабинете без головы». Обо всём этом якобы ей кто-то сказал.

Состояние в последнее время: разговаривает неестественно высоким голосом, употребляет уменьшительные слова и неологизмы: больница — «простернак», окружающие носят «шлефы» или «шлейки», ей в живот залезает какой-то «лепорка». Держится всё так же необычно прямо, закрывает лицо и глаза платком, а в постели укрывается одеялом с головой. Руки прячет в рукава рубашки. Говорит: «Не насыпалось бы чего в глаза, бандиты вытряхивают мешками вшей и гнид, они ползают по коже и под кожей, кусают».

Себя называет в третьем лице. При обследовании её интеллектуальной деятельности проявляет интерес к заданию, старается выполнять то, что от неё требуют. Из беседы с больной выяснилось, что она знает, где находится. В больнице, по её мнению, «лежат искалеченные, нервные и совсем глупенькие».

Время определяет приблизительно правильно. Осведомлена, что исполняется пять лет, как она в больнице. Не вполне точно называет свой возраст: 77 лет. Глядя на часы, может определить время. Знает деньги и может их сосчитать. Читает по складам крупный шрифт. Хорошо ориентируется в отделении, понимает, кто в отделении является няней, сестрой, врачом. Многих знает по имени. Разделяет окружающих на «больных» и «мучеников». Пребыванием в больнице не тяготится. Психически больной себя не считает. В отделении с безучастным выражением лица лежит в постели, ничем не занята. Сердится, когда её заставляют выйти к столу, что-либо делать. Остаётся брезгливой, подолгу моет руки, старается ничего не брать руками. При расспросе обнаруживается, что почти все фантастические высказывания больной остаются, видоизменились лишь некоторые детали.

О наличии голосов отвечает уклончиво: «Когда им надо, тогда и говорят». Добавляет: «Сейчас я их и без разговора чувствую». О передачах «по блокноту» тоже говорит неохотно: «Вы грамотные, спросúте у своего хозяина Василия Герасимовича Лагриненко, он генерал-государь в Шнеде, как это говорят по блокноту». В иные дни разъясняет: «На голову надевают аппарат и говорят на расстоянии, по блокноту громко слышно. Мы разговариваем, а тем всё видно и слышно. По блокноту человек может сквозь стенку пройти, влезть куда захочет». Считает, что по ночам ей «бандитки-санитарки ломают кости», «тащат топить в болото, в море-океан». Она узнаёт

об этом по болям в голове и ногах по утрам. Утверждает, что когда она засыпает, то умирает, и её тело превращается в кресты и свечи. Называет себя «мученицей-праведницей». Дополняет: «За этими крестами приплывает пароход и развозит их по церквям и домам в различные стороны». Говорит, что её мучают «обезьяны», что «Григорий Николаевич гвоздями несколько раз прибивал её к стене». Последнее время утверждает, что у неё внутри не «обезьян», а «лепорка», похожий на маленького человечка. В отделении ни с кем не общается, обычно лежит с закрытыми глазами. Ест избирательно, подолгу разглядывая пищу.

Со стороны внутренних органов, нервной системы — возрастные изменения.

(Входит больная.)

— *Здравствуйте, садитесь, пожалуйста.*
— Народу много.

— *Почему Вы находитесь в больнице?*
— А я сильно замученная.

— *Кем замученная?*
— Замучена я была, не могла ничего никак. Здесь нахожусь пятый год, мучаюсь.

— *Кто же Вас мучает?*
— Вредители мучают, вредители.

— *Как мучают?*
— Наблюдают, наблюдают.

— *Они «по блокноту» Вам передают?*
— По блокноту.

— *А как передают?*
— Скажут и услышишь.

— *Почему Вы говорите, что «по блокноту»?*
— Так вроде я слышала, говорят так, и я так скажу.

— *Кто теперь Вас мучает?*
— Гришин мучает, обезьян мучает, женщины-обезьяны и мужчины-обезьяны.

— *Что это за обезьяны?*
— Кто их знает, много этих обезьян есть.

— *Скажите, микробы на теле есть у Вас сейчас?*
— Сильно засыпают вредители всякими гадостями. Бросают ещё какие-то крапивы. Мучают. Много мешков высыпают. Чем только не пробовали засыпать.

— *Сейчас не слышите голосов обезьян?*
(Больная прислушивается.)

— Вас тоже будут бить, жечь, бандиты, вредители.

— *Дети Вас навещают?*
— Каждое воскресенье навещают дочь Поля, сын Вася.

— *Где работает Ваша дочь?*
— Работала, а теперь живёт дома.

— *Где работала?*
— На заводе она работала.

— *Вам сколько лет?*
— 77 лет. Исполнилось 17 марта 77 лет, [семьдесят] восьмой год пошёл.

— *Убавляете два года, Вам 79 лет.*
— Точно 77 лет.

— *Сколько времени Вы находитесь в больнице?*
— В больнице пять лет.

— *Выписаться хочется?*
— А выпишут?

— *Хочется домой?*
— Ну, как же, хочу домой.

— *Что будете дома делать?*
— За внучатами могу ухаживать.

— *Какие у Вас вопросы к врачам?*
— Ну, какие вопросы. Пришла народ проведать обо всём и всё. Можно идти?

— *Можно, спасибо.*
— Пойду.

(Больная уходит.)

У больной восьмидесяти лет, страдающей психическим расстройством, прежде всего надо исключить старческое или артериосклеротическое слабоумие — наиболее частые формы психических заболеваний в этом возрасте. У разбираемой больной, несмотря на возраст и существование психоза в течение десяти лет, изменений типа старческого или артериосклеротического слабоумия нет. Больная отдаёт себе отчёт, что находится в психиатрической больнице, знает срок своего пребывания в ней, не вполне точно, но близко к истинному определяет свой возраст, реалистически оценивает свои возможности, говоря, что если она выпишется из больницы, то сможет только посидеть с внучатами. Следовательно, её психические изменения совершенно не соответствуют тому, что

обнаруживается при старческом или артериосклеротическом слабоумии.

Судя по клинической картине психоза, в случае с данной больной следует думать о старческой парафрении, стоящей в кругу так называемых функциональных психозов позднего возраста. К ним относятся, как известно, аффективные, галлюцинаторно-параноидные и парафренные психозы, возникающие в старческом возрасте, без определения их нозологической принадлежности. Правда, описавший их *В. Майер-Гросс* говорил, что аффективные психозы порой трудно отличить от маниакально-депрессивного психоза, а парафренные — от шизофрении. Его ближайший сотрудник *М. Рот* также пришёл к выводу, что многие из такого рода психозов относятся к поздней шизофрении.

В поведении разбираемой больной необходимо отметить прежде всего явления манерности — её ответы, произносимые неестественно высоким голосом, вычурные жесты, особую манеру завязывать платок на глаза, позу вполоборота к собеседнику. Также при исследовании у неё обнаруживаются бред преследования и воздействия, истинные и псевдогаллюцинации, неологизмы, конфабуляторный бред, тактильный галлюциноз. Имеют место и эмоциональные изменения. Больная всё знает о своих детях, но при свидании с ними какие-либо проявления эмоций, заботы в отношении них, тревога за них отсутствуют.

Психоз начался с бреда преследования, но паранойяльное состояние было непродолжительным. Быстро присоединились галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные расстройства, бред физического воздействия. Параноидное состояние также было непродолжительным и вслед за ним возникло парафренное, всё более и более усложнявшееся присоединением, а затем и преобладанием конфабуляторных расстройств. Кататонические расстройства, которые нередко возникают при развитии параноидной шизофрении, при поздней шизофрении, так же, как при старческой, как правило, не наступают. Они свойственны молодому, реже зрелому возрасту.

Вместе с тем необходимо отметить ряд особенностей у данной больной по сравнению с типическим парафренным состоянием при шизофрении. Во-первых, у неё до настоящего времени обнаруживается (помимо бреда одержимости, воздей-

ствия, псевдогаллюцинаций) истинный галлюциноз. Картина её психоза — конфабуляторно-галлюцинаторно-парафренная. В продукции больной много очевидных конфабуляций. Присутствует и тактильный галлюциноз. Последнее расстройство чаще свойственно органическим расстройствам пожилого и старшего возраста. Правда, тактильный галлюциноз у нашей больной больше относится к бреду одержимости, чем к галлюцинозу. Далее следует отметить чувственную наглядность, чувственную конкретность содержания бреда. Трудно сейчас сказать, обусловлено ли всё это возрастными влияниями, изменяющими проявление шизофрении, или это есть свойство иного заболевания.

Клинические особенности болезни разбираемой нами больной, несмотря на наличие атипии, ставят вопрос о возможности возникновения шизофрении не только в очень раннем возрасте (2—3 года), но и в очень позднем (60—70 лет). С такого рода возможностями мы теперь встречаемся всё чаще и чаще. Оценка нозологической природы [патологического состояния] настоятельно требует тщательного клинического исследования, сбора достаточного количества фактов и их беспристрастной оценки. Предвзято отрицать в настоящее время существование поздней шизофрении, имея определённый клинический опыт, уже нельзя. При нозологической квалификации такого рода больных их можно относить или к особым, ранее неизвестным болезням, которые возникают только в старческом возрасте и развиваются схоже с шизофренией, не вызывая длительное время деменции, или определять их как случаи старческой шизофрении. Естественно, вопрос этот будет разрешён окончательно лишь в дальнейшем, на основании большего, чем имеется сейчас, материала, прослеженного от начала до конца и подтверждённого анатомическими данными, а также и всесторонними патофизиологическими исследованиями.

Так же, как в инволюционном периоде, в старческом возрасте может происходить обострение длительно протекающей шизофрении, начавшейся в зрелом возрасте. В таких случаях речь идёт о медленном, чуть ли не на протяжении большей части жизни, течении шизофрении, инертной по своим особенностям. В клинической картине шизофрении при этом не обнаруживается атипии, свойственной старческому возрасту.

Она вследствие своей инертности сохраняет и в этом возрасте свою типичность.

Во всех случаях прогредиентной шизофрении изменение уровня психической деятельности, обеднение личности, утрата психической энергии происходят или непрерывно вниз по наклонной кривой, или такой спуск вниз выглядит как переход со ступени на ступень (шубообразное течение). В последних случаях после приступа возможна остановка, но она всегда имеет место на низшем уровне, возврат к прежнему уровню исключён. Каждый следующий приступ приводит к ещё большему снижению уровня психической деятельности.

Выраженность снижения психической деятельности (негативных симптомов), особенности позитивных симптомов прогредиентной шизофрении, нюансы её течения весьма разнообразны. Последнее и послужило основанием для выделения различных форм шизофрении: простой, гебефренической, параноидной, кататонической. Все перечисленные формы обнаружены в жизни, подтверждены на сотнях и тысячах больных. Они, несомненно, существуют наряду со своими отдельными вариантами, например, неврозоподобным, психопатоподобным, деперсонализационным, ипохондрическим и другими.

Вместе с тем при исследовании больных устанавливается, что при всех формах шизофрении обнаруживается единый стереотип течения, который проявляется в виде смены последовательных периодов. Развитие болезни начинается изменением личности той или иной степени тяжести. В одних случаях — шизоидным изменением с сужением круга интересов и незначительным падением психической энергии, в других — тяжёлыми изменениями с резким падением психической энергии, эмоциональным опустошением. Затем возникают аффективные расстройства, чаще всего с тревогой, страхом. За ними следуют различного рода неврозоподобные, психопатоподобные расстройства, явления навязчивости, деперсонализационные, ипохондрические, паранойяльные расстройства (также обычно относимые к кругу психопатоподобных).

Следующий период — параноидный с явлениями психического автоматизма и бреда воздействия. При дальнейшей генерализации симптоматики наступает парафренное видоизменение клинической картины психоза. Развитие завершается присоединением кататонических явлений.

Подобный единый стереотип развития процесса содержится в каждой форме прогредиентной шизофрении. В зависимости от совокупности условий реализации процесса заболевание может на неопределённо длительное время ограничиться лишь редукцией энергетического потенциала (простая форма) или неврозоподобными/психопатоподобными изменениями (гебоидная, паранойяльная, деперсонализационная формы). В других случаях реализация стереотипа [течения] идёт дальше — к развитию психического автоматизма и бреда физического воздействия (параноидная форма). При полной реализации [стереотипа] возникают парафренные расстройства и, наконец, кататонические как выражающие генерализацию процесса.

В ряде случаев заболевание протекает столь интенсивно, что все перечисленные периоды быстро следуют один за другим, и порой их бывает трудно уловить. Данное обстоятельство указывает на злокачественное течение шизофрении (гебефренная форма), но и в этой форме обнаруживается преобладание то параноидных, то кататонических расстройств, свидетельствующих о разной степени генерализации процесса. Быстрая смена первых периодов развития шизофрении наблюдается также при возникновении её в пожилом или старческом возрасте. Таким образом, формы этой болезни выражают типичный стереотип, патокинез развития прогредиентной шизофрении. Формы прогредиентной шизофрении есть виды возможностей её реализации и развития при тех или иных обстоятельствах. Их самостоятельность относительна и зависит от совокупности условий, из которых наиболее изученными являются факторы возраста. Мы знаем, что в юношеском возрасте преобладает течение по типу пролонгирования первого этапа (простая форма) или по злокачественному типу быстрой смены, вплоть до конечного [состояния], всех периодов развития шизофрении (гебефрения). В зрелом возрасте, напротив, течение развёртывается медленно, пролонгированно. При этом особенности проявлений каждого из периодов развиваются во всех своих клинических деталях. В позднем возрасте смена [этапов] вновь происходит быстрее. Следует отметить, что роль возрастного фактора в клиническом формообразовании и течении психозов изучена довольно полно. В своё время *К. Кальбаум*, пользуясь им одним, пытал-

ся создать нозологию психических болезней. Известно, что в юношеском возрасте шизофрения может протекать благоприятно, проявляясь только стойкими неврозоподобными явлениями. Такое благоприятное течение может отмечаться и в детском возрасте. Следовательно, не только возрастной фактор обусловливает особенности реализации стереотипа развития прогредиентной шизофрении. Не меньшую, а может быть, бóльшую роль в реализации стереотипа развития играют наследственность — конституция, исходное состояние организма перед возникновением болезни, а также условия существования уже заболевшего человека. Вероятно, многие другие факторы также имеют не меньшее значение, но они, как и названные, ещё далеко не изучены. Понимание форм как относительно самостоятельных образований, как содержащих в потенции возможность при известных условиях полной реализации всего стереотипа прогредиентной шизофрении, обязывает нас к сáмому глубокому изучению прогноза в каждом отдельном случае. От владения прогнозом зависит наше вмешательство: терапевтическое и предупредительное.

Лекция 7

Периодическая шизофрения, онейроидная кататония

Переходим к периодической шизофрении. У этой формы много обозначений. Её ещё называют рекуррентной, или атипичной, и относят к группе смешанных психозов. В последнее время появилось название «шизоаффективные психозы». Некоторые выделяют её в «третью болезнь», считая, что она не имеет отношения ни к маниакально-депрессивному психозу, ни к шизофрении, а является самостоятельной, третьей эндогенной болезнью. Ряд авторов в группу шизоаффективных психозов включают только циркулярную и депрессивно-параноидную шизофрению, а онейроидную рассматривают отдельно, в качестве самостоятельного заболевания — онейрофрении.

Больная Б., 31 год

Анамнез. Среди родственников психически больных нет. Мать очень добрая, мнительная, тревожная, суетливая, религиозная. Отец погиб во время войны, был весёлым, общительным, обаятельным, баловал детей. Две младшие сестры энергичные, подвижные, общительные. Больная росла и развивалась правильно. В детстве перенесла корь, скарлатину. В дошкольные годы была шумной, весёлой, целые дни проводила на улице. Любила стихи, сказки, пересказывала их, прибавляя фантастические подробности. К семи годам уже хорошо умела читать, поступила в школу, оказалась значительно более подготовленной, чем большинство одноклассников. Училась легко и хорошо. Любила историю, литературу, но заметных склонностей к каким-либо предметам не было, всё нравилось одинаково.

В младших классах школы полюбила чтение; оставалась такой же шумной и общительной, как раньше, особенно сблизилась с одной из подруг, так как обе увлекались фантастическими романами, вдвоём мечтали о полётах на Луну, подолгу обдумывали детали устройства своего космического корабля, рисовали его. В одиночку не фантазировала, а если и придумывала что-нибудь интересное, спешила поделиться с подругой. В 14 лет начались менструации. В то время несколько изменилась по характеру: стала мягче, тише, в присутствии малознакомых людей стеснялась, испытывала робость. Иногда ей это мешало, вызывало досаду. Не особенно любила вечера в школе, так как смущалась незнакомых мальчиков. Вместе с тем с родными и близкими знакомыми оставалась весёлой и откровенной. Настроение обычно оставалось ровным, была «оптимисткой», во всём видела преимущественно хорошие стороны, никогда не огорчалась из-за неприятностей. В старших классах увлекалась музыкой, живописью, часто посещала картинные галереи, ходила на концерты. Во время месячных, начиная с 16—17 лет, стали возникать периоды пониженного настроения, сопровождавшиеся слезливостью, раздражительностью, утомляемостью; эти состояния возникали, как правило, накануне наступления менструации и на второй-третий день её проходили.

В 17 лет закончила школу. Долго не могла выбрать институт, ходила на все «дни открытых дверей», наконец остановилась на радиотехническом факультете. В институте училась неровно. Мешала застенчивость; в группе было много мальчиков, которых она стеснялась. Настроение оставалось ровным, продолжала бывать на концертах, много читала. Когда больная училась на последних курсах института, у семьи возникли затруднения с получением квартиры. Больная много волновалась, хлопотала, ходила к юристу. Одновременно с этим произошёл разрыв с молодым человеком, в которого она была влюблена (он пытался изнасиловать её, и она очень тревожилась, волновалась, что потеряла девственность, в связи с чем обращалась к гинекологу). В течение одного-двух лет, пока продолжались все эти неприятности, настроение было несколько хуже, чем обычно, часто плакала, чувствовала себя усталой, была раздражительной, нервничала. Потом все неприятности кончились, настроение выровнялось и стало таким, как обычно. С того времени стала верить в приметы; хотя сознавала нелепость этого, однако портилось настроение, если, например, дорогу перебегала чёрная кошка, никогда не проходила между двумя столбами.

Вышла замуж. Отношения с мужем сложились хорошие, но жить в его семье не нравилось, поэтому стали жить у её матери, хотя там было очень тесно. Вскоре забеременела. Первую половину беременности переносила тяжело: ничего не могла есть из-за постоянной рвоты. К тому же дома часто ссорились, сёстры упрекали

её в необдуманном замужестве. Иногда отношения обострялись до такого состояния, что вынуждена была уходить ночевать к тётке. Часто плакала, но когда дома всё было более или менее гладко, настроение выравнивалось. На последних сроках беременности обнаружилось, что у больной отрицательный резус, читала по этому поводу литературу, очень волновалась за исход родов, плакала. Роды прошли благополучно. На следующий день дочку не принесли, так как исследовали у неё резус-фактор. Очень встревожилась, решила, что с дочкой плохо. Вскоре выяснилось, что в этом отношении всё благополучно, но тревога не проходила; постоянно находились какие-нибудь поводы для волнений: то казалось, что ребёнок недостаточно хорошо берёт грудь, то беспокоилась по поводу домашних дел. Много говорила по этому поводу с соседкой [по палате], делилась с ней своими тревогами. Стало казаться, что врачи на неё сочувственно смотрят, говорят о ней; считала, что у неё или у ребёнка плохо со здоровьем, поэтому её жалеют. Вечером внезапно услышала голос диктора, который объявил по радио, что для переливания ей нужна кровь людей с отрицательным резус-фактором. Голос слышала совершенно ясно, точно так же, как речь окружающих; создавалось впечатление, что говорящий находится в соседней комнате. Стало очень неприятно и страшно, оттого что у неё такое тяжёлое состояние. Была тревожна, дрожала, чувствовала, что с ней происходит «что-то неладное», просила позвать невропатолога. Госпитализирована в психиатрическую больницу.

Во время пребывания в больнице примерно в течение двух недель больная была заторможена, малодоступна; временами была растеряна, у неё отмечалась двойная ориентация. О своём состоянии в дальнейшем больная рассказывала следующее: по дороге испытывала усталость, безразличие, была как будто чуть пьяной; окружающее как-то странно отделилось от неё, стало чужим, неясным. Помнит, как в приёмном покое заполняли историю болезни, проводили в душ. За стеной слышала голоса сотрудников, которые обсуждали её, говорили, что у неё очень сильный характер. В отделении сильно испугалась, не поняв, что это за люди, почему так странно ведут себя. Почудилось, что её отдали им на растерзание, уже положили на кровать. Показалось, что над ней раздался какой-то хор, но слышала его уже не так, как прежние голоса, воспринимала его «мысленным слухом». В то же время обычные звуки перестала слышать; показалось, что это — неестественно возникшая глухота, что её каким-то образом оглушили. Пришло в голову, что она попала к баптистам, принимала за них всех, кто был в белых халатах. Больные представляли «другую партию», среди них узнала знакомых, думала, что это пришли её спасать, но они ничего не могли сделать. Не понимала язык баптистов, только часто слышала слово «аминь». В то же время поняла, что между этими двумя

партиями идёт борьба за резус. Резус — дух жизни, воскрешение, только его обладатели могли жить. Этот резус находился в ней; она была виновницей происходившей борьбы. Мысленно слышала, как по койкам передавался голос, рассказывавший, чья сторона берёт верх. Чувствовала, как у неё светится прядь волос; это был «символ-резус» — доказательство того, что он ещё у неё. Когда ей перевязывали грудь, казалось, будто её распяли. Распять должны были её мать и мужа; мысленно просила, чтобы распяли только её. Это были муки, которые она должна была нести ради того, чтобы всем было хорошо.

От неё многое зависело, судьбы людей зависели от тех или иных её поступков, но она не знала, как поступать, и поэтому всё шло к гибели. Возникло чувство обречённости. Ей хотели помочь. Однажды мысленным взором увидела или очень ярко представила себе, как в небе, среди туч появился Бог, он был похож то на её отца, то на дядю. Он терял силу, а она неправильно вела себя, баптисты же пользовались этим и били Бога.

Потом перед ней появился большой экран, на котором возникли показываемые ей не то самим Богом, не то природой картины. Казалось, что всё гибнет, и картины изображали отдельные моменты этой гибели. Изображения были неподвижны; видела их «внутренним взором». Они отличались от того, как она видела Бога: были ярче; само восприятие было более целостным: видела всю картину сразу, со всеми деталями. Потом видела, как волны заливали людей, как те стояли по колено в воде. От неё зависело, сразу они утонут или нет, но она опять-таки не знала, что делать. То возникала картина обвала, всё рушилось, лежали придавленные обвалом люди. Мысленно слышала голос матери, он произносил слова сожаления. Затем оказалась в каком-то подземелье. Если раньше, хотя бы время от времени видела окружающее, иногда смутно понимала, что находится в больнице, то здесь понимание этого полностью исчезло. Её положили на какой-то пьедестал; вдали виднелся просвет, который сообщался с пещерой, заваленной людьми. Дьяволы в белых халатах таскали людей в ад; было так жарко, что казалось, будто людей жарят на углях. Видела подобие костра, «там было празднество», вокруг плясали, но подробностей рассказать не может, сама точно не знает, каким образом видела это и видела ли вообще. Иногда сама принимала участие в этом празднестве, превращалась в ведьму, но в то же самое время оставалась сама собой и страдала из-за того, что в качестве ведьмы мучает других людей. Слышала звуки обвала; щёлкали какие-то засовы. Испытывала нечеловеческие муки. Когда её подмывали, казалось, что в неё запускают пиявок, которые присасывались к ней изнутри, мучили её. В голову тоже что-то вгрызалось. Продолжалась борьба за резус, но это было уже бесполезно — резус иссяк. Стало казаться, что

вся Вселенная распадается, история Земли движется вспять. Тогда снова начала смутно воспринимать реальность. Больные переходили с койки на койку, что и обозначило обратное движение истории. Одновременно казалось, что идёт деградация человека. Люди превращались в животных. Опять появился экран, на котором видела саму себя лежавшей на берегу моря; голова была какой-то скалой. Лицо наполовину превратилось в собачью морду, из которой выходи́ла съеденная пища; всё двигалось вспять. Казалось, что её все видят, — весь мир, что она была незаслуженно выставлена на позор, её обвиняли в предательстве. Слышала внутренние голоса: «Собаке — собачья смерть». Со всех сторон в палате доносились только ею улавливаемые голоса. Они обсуждали её, спорили, одни осуждали, другие оплакивали. Казалось, что говорят души людей, которые наблюдают за всем происходящим. Видения на экране продолжались, как будто кто-то перелистывал страницы книги. Видела мучившихся мать, сестру. Боялась есть, думала, что тела погибших в ходе обратного развития перерабатывались в продукты. Ягода клубники, похожая на сердце, казалась ей сердцем дочери. Пото́м перелетела на другую планету; Вселенная сгорела. Там шёл суд, дознание, причём истины дознаться не могли. Всё это представлялось ярко, окружающего в тот период опять не воспринимала, но внутренние голоса были отчётливо слышны: они спорили, хотели помочь, но ничего не могли сделать.

Затем стала понимать, что её окружают врачи, больные. Ночами снились кошмары, не всегда сразу осознавала, что это был только сон. Окружающие казались знакомыми, остриженные пациентки — мужчинами, лица менялись прямо на глазах. Стала лучше себя чувствовать, узнала мужа, хотя иногда он представал «в нескольких лицах»: то был похож на себя, то на других родных. Однажды во время свидания больную охватила тревога, показалось, что родных за дверью сажают на кол; вскоре всё прошло. Ещё с неделю оставалась тревога за мужа, потом и она прошла. Перед выпиской боялась, что дома будет бессонница.

Выписана через четыре недели с диагнозом: «Послеродовой психоз, острое течение, онейроидный синдром». Соматически послеродовой период протекал без отклонений. Дома чувствовала себя хорошо, но сразу пришлось много заниматься дочкой, хозяйством. Со всем справлялась, настроение было ровное, спокойное, хорошо спала.

Через шесть месяцев настроение понизилось, испытывала чувство вины перед мужем, казалось, что неправильно поступила, не рассказав ему перед женитьбой о своих отношениях с прежним молодым человеком. Стала рассказывать об этом мужу, настаивала на том, чтобы он выслушал все подробности. Он уговаривал её не говорить об этом, но она не слушала, считала себя обязанной всё

рассказать. Много плакала. После того как всё рассказала, стало легче, тоска «схлынула». Затем стало казаться, что окружающие обсуждают, нормальная она или нет; боялась, будто что-нибудь не так сделает; помногу раз переделывала одно и то же, проверяла себя, хотя знала, что это лишнее, что делает всё как надо.

Ещё через месяц заболела дочь, при этом она плохо спала, больная была вынуждена вставать к дочери, в связи с чем порой не спала целыми ночами. Чувствовала себя разбитой, усталой, мечтала только о сне, засыпала в любое время, как только удавалось прилечь. Через неделю у неё наступила менструация. В тот период стала слышать из комнаты наверху голоса. Они раздавались одновременно с доносившимся сверху звуком шагов, причём больная думала о том, что снова заболела, однако смущало то, что шаги якобы слышали и остальные. Казалось, что из глаз исходит огонь, радиация; пыталась выдавить себе глаза, чтобы не поджечь Вселенную.

При поступлении не спала, бродила по отделению, влезала на подоконники, стучала в окна. Сопротивлялась попыткам привести её в кабинет, а пото́м не хотела оттуда уходить. Медленно, после длинных пауз, отвечала на вопросы. Повторяла: «Надо спасти Вселенную», «что будет?» В последующие дни много лежала, напряжённо озиралась, плохо ела, в течение нескольких дней отказывалась от пищи, кормилась через зонд. Постоянно говорила, что находится «в больнице и не в больнице». Была растеряна.

Через десять дней стала более общительной, неоднократно повторяла, что её соседка по палате возникла из мыслей окружающих в вычислительной машине.

Ещё через два дня ясно понимала, что находится в больнице, но чувствовала внутреннюю связь со всеми окружающими, говорила, что находится в единой цепи с ними. Её настроение зависело от окружающих.

Через две недели после поступления бредовых идей не высказывала, охотно рассказывала о себе. Сообщала, что ей казалось, будто на Советский Союз летят ракеты, направленные сложными вычислительными машинами. При этом она должна была направлять эти ракеты на себя, чтобы отвести их от цели. Мысленно увидела географическую карту, но как отвести удар, не знала. Пото́м на карте уже стало невозможно отвести удар; услышала, что всех зовут к телевизору, поняла, что теперь можно отвести ракеты по телевизору, но опоздала выйти. Подошла к окну и ждала, когда появятся ракеты. Направление их полёта зависело от того, как она стояла, в какой позе. Однако она всё делала неправильно, назвала свою фамилию, а этого тоже нельзя было делать, всех выдала, спутала карты тем, кто хотел помочь ей; всё перемешалось и гибло.

Показалось, что та часть Земли, где теперь ночь, — другой мир. Там находятся двойники всех людей, в том числе и её двойник. Двойники всё делают наоборот: спят, когда мы не спим, поэтому никто никогда не встречается со своими двойниками, и всё идёт по порядку. Она нарушила это равновесие, и у каждого появилось раздвоение, её второе «я» было воплощено в соседке. Другая соседка оказалась похожа на мать — была её двойником; вообще в каждом человеке было по две-три личности; дежурная сестра казалась сатаной. Однажды ярко и ясно увидела, как у неё из кармана выползла жёлтая змея. Каждое движение больной делало её всё более могущественной; голоса внутри головы шептали: «Вот она — колдунья, ведьма, сатана». Всё больше и больше событий в мире зависело от её движений, жестов, взглядов, и это было очень плохо, потому что она всё путала и вела мир к гибели. Когда она была в электрофизиологической лаборатории, ей там дали журнал, в котором она увидела на картине саму себя, а рядом — собаку и кролика. Смысл этой картины заключался в том, что если бы она погибла раньше, всё было бы хорошо. А теперь в электронной машине возникла цепная реакция; Вселенная движется вспять; всё деградирует; люди становятся либо сумасшедшими, либо превращаются в животных. Собак во дворе больницы принимала за таких людей. Всё перемешалось, перепуталось; мысли людей передавались через Вселенную. За окном видела огромную антенну, которая передавала мысли и нельзя было понять, кому они принадлежат. Всё это продолжалось целые века. Пото́м стало легче. Появилась мысль, что природа не допустит всеобщей гибели из-за неё одной. Перестала бояться говорить. Решила, что за пределы больницы это всё не выйдет. Постепенно всё встало на свои места. Со стороны соматической сферы отклонений не обнаружено.

(Входит больная.)

— *Как сейчас себя чувствуете?*
— Сейчас я себя чувствую гораздо лучше.

— *Уже всё прошло?*
— Прошло, да.

— *Вполне здоровы?*
— Я думаю, что я полностью сейчас здорова.

— *А настроение?*
— Настроение у меня сейчас ровное, только по дому беспокоюсь.

— *Или несколько пониженное?*
— Пониженное? Нет, немного, но ликвидировалось.

— *Что было с Вами?*
— Это была болезнь.

— *На что она была похожа?*
— Сном нельзя назвать. Началось такое беспокойство вначале.
— *О чём-нибудь беспокоились или беспредметно?*
— Мне казалось, что меня проверяют, насколько я здорова, потому что перед тем я болела.
— *Кто проверял?*
— Над нами живут в квартире наверху. Я дома с малышкой чувствовала, как будто всё время проверяют и проверяют гипнозом. Было такое чувство, что следят, видят и проверяют.
— *Находились под их влиянием?*
— Под их влиянием.
— *Это казалось необычным?*
— Необычным, а потом стало беспокоить. На личные темы как будто стали говорить, плохо обо мне стали говорить.
— *Слушали их разговор или только думали, что говорят о Вас?*
— Мне казалось, что я слышу.
— *Потом что происходило?*
— Потом я запах почувствовала, запах радиации, почувствовала запах озона и тревожное какое-то состояние… Освещение изменилось…
— *В последующем?*
— Пото́м я дома ещё говорила, разговаривала, поверила в этот момент в Бога, в чёрта, потому что мне стало непонятно, что со мной происходит.
— *Не знали, что с Вами происходит?*
— Я опять не знала, что это болезнь. Я была в забытьи. Я видела, что все родственники гибнут, плюс к этому видела эти картины.
— *Картины гибели Земли, полёта ракет видели в голове?*
— Вначале в голове. Мне казалось, что оторвался дом, где я нахожусь, Земля там осталась, а мы куда-то полетели.
— *Ощущение полёта было?*
— Ощущения полёта не было. Мне казалось, что я, лёжа на кровати, была на другой планете.
— *Как гибель Земли видели?*
— Мне передавали, я вниз смотрела и как будто видела там внизу.
— *Видели как наяву?*
— Нет.
— *А как?*
— Как во сне.
— *Похоже это на сновидение?*
— Не похоже тем, что я слышала голоса, даже тогда, когда ко мне подходили и надо было есть.

— *Ещё чем непохоже?*
— Я видела в окнах повешенных своих родственников, тень одну, видела мужа, он меня звал.

— *Во сне человек продолжает сознавать себя самим собой, а Вы были не всегда сама собой. Превращались в кого-то, от которого зависит судьба людей?*
— В колдунью. Даже боялась открыть глаза, не знала, с какой ноги встать. Я была просто напугана тем, что я видела, что кругом радиация, когда меня повезли сюда.

— *Как Вы превращались в колдунью?*
— Как будто мне даже запрещено, я не хотела превращаться, потому что тогда я буду сильной, а я слабая и не могу помочь.

— *Неприятно вспоминать об этом?*
— Неприятно, потому что я видела даже соседку как маму.

— *Тогда всё раздваивалось?*
— И сестру видела в двух лицах.

— *Вы изменились по характеру после первого приступа или после второго?*
— Нет, не изменилась.

— *Не сделались более нервной, более впечатлительной?*
— Впечатлительной такой же осталась. Сейчас я знаю, что это болезнь.

— *Раньше были нервной?*
— Очень.

— *Сейчас о доме, о дочери беспокоитесь?*
— Конечно, беспокоюсь и о доме, и о дочери, вполне естественно.

— *Любите дочь?*
— *(Улыбается)*. Конечно!

— *Скажите, пожалуйста, Вы и раньше были несколько склонны к грустному, плаксивому настроению?*
— Не всегда.

— *Это было связано со временем менструации?*
— Да, тогда хуже было настроение.

— *Спасибо. У самой есть какие-либо вопросы?*
— Выписывать меня будете? И лекарство дадите?

— *Обязательно.*
— На дом?

— *Обязательно дадим.*
— Спасибо.

(Больная уходит.)

Психическое расстройство, наблюдаемое у разбираемой больной, носит название онейроидного. Клиника его известна психиатрам очень давно. Ещё в начале XIX века такого рода синдром описал *П. Шаслен*. Ряд страниц этому расстройству посвятили: *В. Гризингер*, *Г. Шюле*, *Р. Крафт-Эбинг* и другие. *В. Гризингер* описывал его в связи с сопоставлением сумасшествия и сновидения.

«Сновидение и сумасшествие, — писал *Гризингер*, — одинаково умеют образами всех чувств переносить во внешний мир и драматизировать самое субъективное по своей сущности. В обоих случаях человек не может понять, что всё видимое им — фантазия уже потому, что его „Я“ подавлено, частью даже совершенно уничтожено».

В обоих состояниях мышечные ощущения, выражающие фантастические представления полёта, падения и т. д., играют главную роль.

Таким образом, *В. Гризингер* в состоянии, перенесённом нашей больной, выделяет три особенности. Первая — все образы чувств переносятся во внешний мир и драматизируются. Фантастические переживания нашей больной были драматизированы: происходила гибель мира, изменились все люди, изменилась природа, земной шар распадался, история пошла вспять, люди превращались в животных, а потом просто уже в предметы, в пищу, и всё это развёртывалось с драматической последовательностью — так, как развёртываются события на сцене.

Вторая особенность — невозможность отличить фантастичность от действительности, потому, что «Я» подавлено, а частью даже совершенно уничтожено. Следует подчеркнуть, что это один из самых существенных признаков онейроидного состояния. При нём сознание «Я», самосознание, как правило, глубоко изменяется. Этим онейроид отличается от нормального сновидения. В разгар онейроида наша больная переставала быть сама собой, она становилась колдуньей, сатаной, ведьмой.

В таком состоянии не только изменялось её самосознание, но оно исчезало, стирались границы «Я» и не «Я», «Я» сливалось с внешним миром. Больная чувствовала себя существом, которое возглавляет мир, от направления её мыслей и чувств

зависела судьба всех людей земного шара. Сама Земля, все люди мира были в больной.

Третья особенность, почти как правило, обнаруживается в онейроидных состояниях — ощущение полёта, передвижения. Больные в состоянии онейроида очень часто переносятся в другие города. Летят в космос, перелетают на Луну, на Марс. Или переносятся в доисторические времена. У нашей больной ощущение полёта было только однажды: Земля сгорела, а она перелетела на другую планету.

Описываемое расстройство другие авторы (*Р. Крафт-Эбинг*, *С. С. Корсаков*) называли сновидным и отмечали, что психическое состояние здесь напоминает сонную грёзу. Сознание совершенно поглощено внутренними процессами. Оно сосредоточено на ограниченном круге представлений, возникающих путём внутреннего, самородного раздражения и сопровождающихся сильным душевным волнением и яркой, почти галлюцинаторной окраской. При столь сильной внутренней сосредоточенности восприятие внешнего мира прекращается или распространяется лишь на то, что сто́ит в связи с представлением больного, похожим на сновидение. И функции психомоторной сферы как бы застывают в направлении процесса представления.

Больной похож при этом на статую, мышцы его могут представлять временами восковую гибкость.

Тем не менее, онейроидное состояние не аналогично нормальному сновидению прежде всего потому, что при нормальном сновидении сознание «Я» остаётся неизменным. Каким бы фантастическим ни было содержание сновидения, мы не перестаём сознавать самих себя, остаёмся самими собой. При онейроиде, как уже указывалось, самосознание расстраивается глубоко на весь период болезненного состояния. В соответствии с этим, в отличие от нормального сновидения, при онейроидном состоянии почти постоянно возникают бредовое воздействие, отдельные явления психического автоматизма. При онейроиде драматические события развиваются с гораздо большей, чем при сновидении, последовательностью, контрастирующей с фантастичностью содержания. Далее: при онейроиде восприятие реального мира почти постоянно причудливо переплетается, включается в фантастические, драма-

тически развивающиеся события. Правда, и во время нормального сна реальные восприятия, например, ощущение холода, когда спадает одеяло, может в известной мере видоизменить содержание сновидения. Но столь заметного переплетения реального и фантастического, как это бывает в онейроиде, в сновидениях не обнаруживается.

Глубокое онейроидное состояние сопровождается кататоническим расстройством: это или возбуждение, иногда даже с характером дурашливости, или чаще субступорозное состояние. Больные малоподвижны, подолгу не меняют позы; отмечается, как уже описывали вышеупомянутые авторы, восковая гибкость; выражение лица поглощено переживаниями; больные «загружены»: отрешены от реального мира, «зачарованны», схожи с сомнамбулами. Воспоминания о периоде онейроидного расстройства обычного довольно полные, довольно подробные, но касаются они лишь субъективных переживаний. Воспоминания же о реальных событиях того периода или фрагментарны, или вовсе отсутствуют.

Развитию собственно онейроида предшествуют другие состояния, возникающие с последовательной закономерностью. Первоначально появляются расстройства аффекта, которые, неуклонно нарастая в своей интенсивности, сопровождают всё развитие психического расстройства. Онейроиду всегда сопутствует патологический аффект. Аффект может быть двояким. У разбираемой же больной аффект был депрессивным: происходила мировая катастрофа, катастрофическое содержание онейроида постоянно сопровождалось депрессией. Депрессия была неотъемлемой частью онейроидных расстройств. Повышенный аффект обычно сопровождает события всеобщего счастья, грёзоподобного созидания, мегаломанический бред величия.

Вслед за изменением аффекта возникает чувственный образный бред, обычно бред значения, интерметаморфозы, а вскоре появляются и симптомы психического автоматизма, первоначально в форме «открытости». Вербальные галлюцинации и псевдогаллюцинации при онейроиде встречаются не как правило. Переживания воздействия очень часты, а может быть, и постоянны. Нередки сенсорные автоматизмы, наблюдаются зрительные «псевдопарейдолии», реже — зри-

тельные псевдогаллюцинации. Образный бред значения, интерметаморфозы обычно сочетается с ложными узнаваниями, положительными или отрицательными двойниками (симптом *Капгрá*).

В дальнейшем состояние видоизменяется остро фантастическим бредом, при котором все окружающие люди разделяются на два враждующих лагеря. Больные оказываются в центре этой вражды. У разбираемой больной подобное состояние было выражено очень отчётливо: между баптистами и сочувствующими больной людьми происходила вражда, от которой зависело существование мира. Больная находилась в центре борьбы двух сил: добра и зла, белого и чёрного. Этот острый фантастический бред видоизменялся, принял грёзоподобный грандиозный размер. Содержанием его может быть бред величия; больной сознаёт себя властителем мира, личностью, от которой зависит судьба страны, государства, всего мира, или он участвует в гибели земного шара, всей Вселенной. Развивается состояние так называемой острой парафрении. И, наконец, наступает грёзоподобное помрачение сознания уже с полной отрешённостью от реального мира, то есть собственно онейроидное расстройство. В это время возникают те или иные кататонические расстройства. Грёзоподобное грандиозное содержание переживаний, присущее острой парафрении, сохраняется и в онейроидном помрачении сознания. В таком состоянии оно приобретает максимальную образность и чувственность «видéния в глазе ума»[1]. Грандиозную абсурдность содержания грёзоподобного бреда *К. Конрад* удачно назвал «апокалиптическим» бредом.

Последовательность развития позитивных расстройств при периодической шизофрении схожа с динамикой формирования позитивных симптомов шизофрении прогредиентной. Там также первоначально возникает аффективное расстройство с тревогой, далее — бред, затем — бред с психическими автоматизмами, наконец, — бред фантастический и при полном развитии болезни — кататонические явления. Но в отличие от прогредиентной шизофрении здесь всё образно, чувственно,

[1] *В. Гризингер*, описывая зрительные псевдогаллюцинации, удачно ссылается на Шекспира. На вопрос, где он видит призрак, Гамлет отвечает: «В глазе моего ума».

конкретно; мысли и представления становятся почти восприятиями. Здесь иной темп течения и иной исход.

Разбираемая больная перенесла два непродолжительных приступа онейроидного психоза, относимого к периодической шизофрении, но изменения личности, свойственные шизофрении, у неё обнаружить не удаётся. Таковые при периодической шизофрении наступают обычно после ряда приступов, и лишь у некоторых больных уже после первого приступа, однако они лишь относительно сопоставимы по своей интенсивности, даже по своему качеству с тем, что мы наблюдаем при прогредиентной шизофрении.

Приведённое сравнение позволяет рассматривать периодическую шизофрению в отличие от прогредиентной в качестве самостоятельной формы.

«Симптомы, синдромы, клинические особенности течения выражают вовне особенности патогенеза болезни. Патогенез — основа симптоматологии, клиники любой болезни, в том числе и психической. Онейроидная шизофрения и своей клинической картиной, и течением значительно отличается от прогредиентной шизофрении. Есть все основания думать, что и патогенез её значительно отличается от прогредиентной. Это отличие настолько существенно, что об относительной самостоятельности, подобно формам прогредиентной шизофрении, говорить здесь уже нельзя. Патогенетические механизмы заболеваний сложны и разветвлены, корреляция их бесчисленна, что и обусловливает чрезвычайное разнообразие форм болезни. В некоторых случаях отклонения патогенеза той или иной формы начинают постепенно становиться самостоятельными нозологическими единицами» (*И. В. Давыдовский*).

С этим положением общей патологии необходимо считаться, как при клиническом, так и патогенетическом исследовании, а также при систематике форм шизофрении.

У разбираемой больной во время предменструального напряжения всякий раз возникало депрессивно-тревожное состояние. Состояние депрессии наступило и в ответ на жизненные трудности. На этом основании следует думать о наличии готовности к патологическому реагированию. Последнее сказалось и в возникновении первого приступа психоза в

послеродовой период. Такого рода готовность, а также провоцирующее влияние вредностей на возникновение приступов очень часто обнаруживаются при периодической шизофрении. Подобные положения также указывают на особые патогенетические закономерности, редко наблюдаемые при прогредиентной шизофрении.

Первый приступ психоза был распознан как послеродовой психоз, протекающий с картиной онейроида. Такая диагностика основывалась, как это часто бывает, на событиях, непосредственно предшествующих возникновению психоза. Второй приступ [возник] спонтанно: лактационный период закончился ещё во время первого пребывания в больнице. Соматических изменений у пациентки не было обнаружено. Правда, за неделю до начала острых проявлений психоза больная очень переутомилась, но вряд ли это даёт право на обозначение её психоза как «астенического». Первый психоз «послеродовой», а второй «астенический»: два вида психозов у одной и той же больной? Не говоря уже о том, что во втором приступе начальные психические изменения (депрессивные идеи) возникли у больной за месяц до переутомления.

В пользу самостоятельности периодической шизофрении как формы болезни говорит также отсутствие среди постоянных обитателей психиатрических больниц, находящихся в конечном состоянии, больных периодической шизофренией. По данным *В. Н. Фавориной*, среди изученных ею 320 больных с признаками конечного состояния шизофрении не оказалось ни одного больного периодической формой. Между тем, среди всех больных шизофренией на долю периодической её формы приходится свыше 30 %. Если бы периодическая шизофрения заканчивалась так же, как и прогредиентная, конечным состоянием, то среди 320 больных должно быть 100 больных с периодической шизофренией.

Течение периодической шизофрении, как явствует из её обозначения, ремиттирующее. Изменения психического склада в виде снижения психической энергии, сужения круга интересов, аутизма обычно наступают после второго, третьего приступов. Выражены они нерезко. Больные долго сохраняют трудоспособность.

Приступы болезни возникают нерегулярно. Их продолжительность различна: от многих месяцев до нескольких недель. Следовательно, все приведённые соображения позволяют предположить наличие иных патогенетических закономерностей периодической шизофрении, значительно отклоняющихся от таковых при прогредиентной, что и делает её самостоятельной формой этой болезни, если не больше.

Лекция 8

Периодическая шизофрения, циркулярный вариант

Переходим к циркулярному варианту периодической шизофрении.

Больная С., 25 лет

Наследственность не отягощена. Отец слабовольный, мать властная, энергичная, упрямая; у неё отмечались выраженные колебания настроения. Так, во время беременности нашей пациенткой у неё было состояние реактивной депрессии, которое закончилось самостоятельно. Старшая сестра больной очень замкнутая.

В раннем детстве С. была общительной, подвижной, капризной, упрямой. В школе успевала удовлетворительно. Когда получала тройки, то ссорилась с учителями, падала на пол, плакала. В школе имела много подруг, часто ссорилась с ними, себя считала всегда правой, боролась за справедливость. Со слов матери, с 13-летнего возраста у пациентки начались колебания настроения, стала влюбляться, появились грубость, раздражительность. Снизилась успеваемость. В пятом классе была оставлена на второй год. Вместе с тем стала очень активной, непоседливой — принимала участие сразу в нескольких кружках самодеятельности.

С 15 лет заводила знакомства с мужчинами, вела беспорядочную сексуальную жизнь. Дома говорила, что директор школы хочет её изнасиловать, запиралась в туалете, бранилась.

В таком состоянии впервые в возрасте пятнадцати лет стационирована в детское отделение психиатрической больницы, где была возбуждённой, говорливой, называла себя великой артисткой, талантливой, заявляла, что собирается поступать в театр. Настроение её было повышенным, однако порой на короткое время станови-

лась тревожной, тоскливой. Выписана без улучшения по настоянию матери.

Дома первые два дня после выписки вела себя спокойно, затем вновь стала уходить из дома, не ночевала, заводила случайные связи, в школе влюблялась в учителей. Оставлена на повторный год обучения в шестом классе.

В связи с нарастанием возбуждения, повышенного настроения в 17 лет вновь стационирована в психиатрическую больницу, где первое время была возбуждённой на фоне повышенного настроения. Со слов больной, ей хотелось петь, плясать. Находясь в больнице, ничем не лечилась, быстро успокоилась; через неделю выписана домой.

В школу не ходила. Приводила домой молодых людей, часто не ночевала дома. Настроение оставалось повышенным. Постепенно настроение выровнялось. Более чем через год, с осени, начала посещать школу — седьмой класс. Со слов матери, стала хорошо заниматься, правильно вела себя в школе и дома, была послушной.

С весны опять стала непослушной, грубой, настроение повысилось, всё время проводила с мужчинами, домой приходила в синяках, заявила матери, что она талантлива, хочет быть артисткой.

Вновь стационирована в психиатрическую больницу, где состояние было подобно [выше]описанному. Выписалась с улучшением. Поступила работать на завод. Начала учиться в вечерней школе. Вскоре состояние ухудшилось, снова [началась] беспорядочная [половая] жизнь. В 18 лет сделала аборт, после чего настроение стало пониженным, сделалась молчаливой. Такое кратковременное снижение настроения сменилось возбуждением, в результате чего четвёртый раз стационирована в больницу. Поступила в гипоманиакальном состоянии, считала себя артисткой, гением, слышала о себе восторженные реплики окружающих. Выписана через месяц с улучшением.

Первое время не работала, но продолжала учиться в вечерней школе, закончила семь классов. Настроение было неустойчивым: то была спокойна, то многоречива, то взбудоражена, особенно перед наступлением менструаций. Через год начала работать, но часто меняла места работы. Продолжала учиться в вечерней школе.

В течение последующих четырёх лет настроение было ровным, вела себя правильно, оставалась общительной, но неоткровенной. Участвовала в художественной самодеятельности. Знакомств с мужчинами не заводила. Справлялась с учёбой и с работой. Последние два года работала в типографии.

С начала февраля этого года состояние вновь изменилось после того как один молодой человек сказал ей, что собирается на ней жениться. На следующий день на работе узнала, что тот пошутил; данный эпизод стал предметом шуток окружающих.

Настроение понизилось, плакала, жаловалась матери, что сотрудники смеются над ней. Не спала две ночи. Через два дня стала возбуждённой, настроение повысилось, настаивала на встрече с молодым человеком, принесла ему свой паспорт. На работу не ходила, дома заводила пластинки, танцевала твист. Бралась за множество дел, но ничего не доводила до конца. Стала заявлять, что она гений, может заменить президента. Являлась в театральную студию с требованием принять её туда. Через месяц в подобном состоянии дежурным психиатром вновь помещена в больницу.

Психическое состояние. При поступлении резко возбуждена, настроение повышенное, глаза блестят, жестикулирует, много говорит, смеётся. Временами становится гневливой, речь непоследовательная, громкая. Во время беседы говорит восторженно; не заканчивая одной темы, переходит на другую. Не отделяет главного от второстепенного. Себя больной не считает. Заявляет, что она артистка фильмов «Путь в высшее общество» и «Особняк на зелёной улице». Сообщает, что последний из этих фильмов — о её жизни. Говорит, что видела много знаменитых режиссёров, пела в студии Луначарского. Заявляет, что она самая красивая, умная, что скоро её автобиографию на 15 листах напечатают в газетах, что она послала записку главе правительства и редактору. Уверяет, что в её честь открыли магазин «Светлана», что она богато живёт, что весь её род богатый: отец — белорус, мать — украинка. Поясняет при этом: «Воссоединение Украины с Россией — это же богатство. Я душой богата, я открыла рак, мы доказали американцам, что рак излечим». Утверждает, что она — «первый 24-летний президент». Дополняет при этом, что «президент — слово иностранное», а она — «просто министр», её знает вся Москва, газеты пишут о ней.

Начинает петь: «И улыбка без сомнения…», притопывает ногами, изображает балетные движения, подчёркивает свою грациозность, силу рук. Обращается к врачу, говорит: «Вот я какая! Умная я! Как чу́дно, что здоровая. Я самородок, я гениальна, меня одарила природа!» Говорит, что у неё будет артистка — дочь, изобретатель — сын, муж — инженер». Заявляет, что в 24 года она — президент, в 34 года построит коммунизм. Что-либо конкретное о лечении рака рассказать не может. Предупреждает: «Надо с детства закаливаться, заниматься балетом». Не стесняясь, говорит о сексуальной жизни, при этом её выражения крайне вульгарны. В то же время подчёркивает, что она хорошо воспитана, окончила шесть курсов института, может играть на пианино. Рифмует: «Я москвичка — перелётная птичка». Временами начинает кричать, требует записать «для газеты» ту или иную её фразу. Быстро успокаивается, говорит о колебаниях настроения, соответствующих четырём временам года. Сообщает, что в голове у неё «уйма мыслей», «56 размер шляпы», что мысли идут мимо её воли, иногда такие насильственные мысли

заставляют говорить шёпотом или выкрикивать. Начинает гримасничать, кричать что-то по-английски. Окружающие, по её утверждению, могут угадывать её мысли. Рассказывает, что когда она была на прослушивании в студии, то слышала свой голос как бы со стороны, чужим, изменившимся, не своим. Дополняет, что окружающие люди периодически кажутся ей знакомыми, но «не признаются». Относительно кровоподтёка на лице говорит: «Сыграли сцену, я представилась как артистка, хотели, чтобы я приревновала своего молодого человека, а затем избили. Я — Зоя Космодемьянская».

Крайне возбуждена, многоречива, цинична, злобна, груба. Требует отпустить её гулять, а в воскресенье выписать домой. Настроение повышенное. Заявляет, что мысли у неё текут, как «в электронной машине», что врач не успевает записывать за ней. Утверждает, что она — «гений и журналистка, поэтесса и гимнастка». Добавляет: «Я и боксом занималась, у меня сильные бицепсы». Её партнёр, по её словам, скоро появится в газетах, а она полетит в космос вместо Терешковой. Поясняет: «В космосе должны быть Синичкины, Пташкины». Сообщает, что её мать тоже герой: «Она донором была, кровь бойцам отдавала; это энергичная волевая женщина». Рассказывает, что дочь она не баловала, поэтому та «такая умная». Уверяет, что когда ей было девять лет, она уже была балериной на Украине. Теперь, по её мнению, она «гениальная», должна сдать экзамен на «пять», получить золотую медаль. Заявляет, что благодаря своему уму она сможет предупредить заболевание раком: «Для этого нужно закаляться, ничего не бояться; рак пятится назад, а жизнь вперёд».

Через неделю стала несколько спокойнее. Принимает участие в труде. При беседе заявляет, что она — «голова правительства», «гениальна» и может управлять государством. Утверждает, что «с июля месяца государством будут править женщины — Терешкова и Синичкина». Обещает, что каждому она будет «давать много денег в кредит». Сообщает, что во время войны у неё без вести пропал отец; геологи, делая раскопки, найдут его, и она его воскресит.

Отклонений в области соматической сферы нет.

(Входит больная.)

— Здравствуйте.

— *Здравствуйте, садитесь сюда.*

— Почему это мне такое почётное место?

— *Как здоровье?*

— Хорошо, весна шепчет.

— *Что она Вам шепчет?*

— Шепчет хорошее: десятый класс кончить с золотой медалью, выпускной вечер устроить, платье хорошее сшить и на Красной

площади Кремлёвские куранты слушать. В 12 часов, когда будет бить 12 часов, мы будем гулять на Красной площади. После этого я пойду к Гагарину — я уже послала ему фото, мы будем с ним переписываться, он позовёт меня к себе... Я волнуюсь немножечко.

— *Почему?*

— Если бы было лекарство триоксазин, я бы не волновалась, конечно, а то у меня аминазин, рексазин есть. Да, да, семья живёт: муж, жена и ребёнок, тогда будет идеальная семья, культурная, воспитанная семья... А Вы знаете, отчего рак происходит? Оттого, что у нас переживаний много, войн было много, любви нет, измена только. Я всё помню, я каждого человека знаю, что у него недостаёт, до тонкостей знала, что у него плохо, и всегда ко мне люди за советами приходили. Погуби себя, других выручай! Мне всегда попадало, и я всегда другим давала хорошее, что я знала хорошее, давала знать. Вот я какой человек! Все люди должны быть идейными людьми... Твист танцую, о'кей, о'кей! Вери, вери велл, английский знаю.

— *Вы говорите, что артистка?*

— Я артистка в жизни и на сцене. Я балет люблю, я люблю гимнастику, фигурное катание. Вот, что должны любить люди! Артистами должны быть в жизни и на сцене, должны искусство любить. Должны гимнастами быть, легкоатлетами. Штангу не надо любить, это вес большой. Должны люди нормальные быть. Видите, какая я, у меня 58 кг, давление 100/50. У меня нормальное давление. Вы, врачи, сидите. Вы, врачи, у́читесь, уже шесть лет, а я не училась, сама самоучкой, я жизнь понимала, потому что маленькой была, я очень много маме говорила: «Я артисткой буду, я артисткой буду». Я много переживала. Я во время войны родилась, и моё отделение — 39-е отделение и отделение милиции 39-е, в Калининском районе я родилась. У нас промышленный район, у нас много институтов, фабрик, много типографий. Я в типографии работаю. И центральный институт научной информации...

— *Вы рассказывали врачу, что Вы президент?*

— Да.

— *И артистка, французская или на самом деле?*

— На самом деле.

— *Какой же Вы президент?*

— Знаете почему? Как Ломоносов самоучкой выучился, и я самоучкой выучилась. Он воскреснет и скажет: «Есть Светлана такая, которая построила коммунизм». Как Джона Кеннеди, Линдона Джонсона — вот кого надо приветствовать, а не Рокфеллеров...

— *А Вы чего президент?*
— Я — всего.

— *Всего мира?*
— Всего мира нельзя, а нужно русским президентом быть. Я рак изобрела.

— *Как это? Изобрела рак?*
— …

— *Когда станете президентом?*
— В июне.

— *Почему в июне?*
— Когда экзамены сдам, тогда стану.

— *А артисткой в каком театре?*
— В ГИТИСе.

— *Какие же роли играете?*
— Разные роли: и страдающие, и нестрадающие роли. Я и балерина, и руками развожу, и головой, и ногами. У меня руки, ноги, голова есть. Это тот несчастный человек, у которого руки нет, у нас такой человек есть, у него руки нет, ни матери, ни отца нет. Вот кого надо жалеть. А у меня папа погиб на фронте, и сестрёнка умерла. Вот кого надо приветствовать — из рабочей семьи, из рабочего класса, а не то, что Пеньковский[1], их всех надо крест-накрест зачеркнуть, они нам не нужны, — те, которые предают Родину. Родина воспитывает человечество, а они что делают?! Они изменяют, идут куда-то в Америку, шпионы, Америку, мы Америку зачеркнём!

— *Вы здоровы или больны?*
— Здорова.

— *А в больницу почему попали?*
— Ещё знаете, когда я родилась, у меня туберкулёз костей был, а в это время врачи были и во время войны, и маме жалко было, чтобы ребёнок умер, он ещё маленький. Мама у меня донор была, поэтому я требовала «Мама, дай, дай, дай есть». И надо требовательной быть к другим, жить по потребностям, работать по способности.

— *Больны Вы или здоровы?*
— Здорова.

— *Почему в больнице?*
— Вы знаете, было так: мы там сцену разыграли в одном общежитии. Я пошла твист танцевать, а ребята не знали, что я твист

[1]Пеньковский Олег Владимирович (1919—1963) — сотрудник Главного разведывательного управления Генерального штаба Министерства обороны СССР. В 1963 г. обвинён в шпионаже и казнён по приговору суда.

танцую. Пришёл один, схватил, другой хороший был, а [тот, что] со мной — как зверь. Один парень подходит, как даст другому по глазу — чуть не вышиб глаз. Я говорю: «Ах ты гад такой! На женщину нападаешь!» Вы все лю́бите, мальчики, вы все говорите, что лю́бите. Вы никогда не лю́бите, пока не кончили институт, никого не полю́бите…

— *Вы опять отвлеклись. Почему находитесь в больнице, ответьте мне.*
— Я душевнобольная… Я болею за людей. Даже тот врач, который мне делал укол, вон сидит: такой у него вид, розовый цвет.

— *Скажите, пожалуйста, вы первый раз в больнице, или уже лежали?*
— Нет, пятнадцати лет лежала.

— *Это какая больница?*
— Психиатрическая.

— *Здесь лежали?*
— Здесь лежала.

— *Когда лежали первый и второй раз, также утверждали, что артистка великая, гений?*
— Да, и сейчас [утверждаю].

— *Вследствие болезни так говорите?*
— Нет, это умственное развитие.

— *Или это фантазия, грёзы?*
— «Утраченные грёзы» я смотрела в кино.

— *Настроение какое у Вас?*
— Бодрое, весёлое настроение.

— *Что думаете делать, когда выздоровеете?*
— Учиться… «Учиться, учиться, учиться и ещё раз учиться», надо кончить десятилетку, высшее образование получить и в аспирантуру пойти.

— *До свидания, спасибо.*
— До свидания, счастливо.

— *Может быть у Вас к нам вопросы есть?*
— *(Обращается к сидящему в зале.)* Молодой человек, что Вас ожидает в будущем?

(Больная уходит.)

Состояние больной маниакальное, со скачкой идей, речевым напором. Двигательное возбуждение отсутствует, больная в отделении малоподвижна, непродуктивна, держится в стороне от других больных. Её маниакальное состояние с

примесью восторженности, аффектом счастья. Причём подобная восторженность нередко прерывается на короткое время депрессивно-тревожным состоянием. Маниакальное состояние больной сопровождается не повышенной самооценкой, а фантастическим бредом величия — грёзоподобным, бессистемным и бессвязным. Несмотря на свою грёзоподобность, содержание её фантастического бреда однообразно, малопродуктивно.

Психоз больной протекает однотипными приступами, начинающимися с повышения сексуального влечения, двигательного возбуждения. В дальнейшем вместе с продолжающимся повышением настроения, появлением восторженности возникает грёзоподобный бред величия. Двигательное же возбуждение ослабевает.

Первый приступ маниакального состояния был пролонгированным. С небольшими перерывами он продолжался несколько лет. Одновременно с первым приступом произошло изменение личности больной. Произошло снижение уровня личности, эмоциональное обеднение.

Всё вместе взятое позволяет определить заболевание в данном случае как периодическую, циркулярную шизофрению.

Следует обратить внимание на то, что фантастический бред грёзоподобного характера может возникать не только при онейроидной, но и при циркулярной шизофрении. При нарастании интенсивности расстройства фантастический бред видоизменяется в онейроид одинаково при обеих названных формах. В этом отношении оба варианта периодической шизофрении — онейроидный и циркулярный — обнаруживают схожую последовательность развития.

Больная Е., 25 лет

Отец погиб во время войны, по характеру был склонен к периодическим сменам настроения. Мать деятельная, уравновешенная. Двоюродная сестра Е. перенесла приступ периодической шизофрении.

Больная — единственная дочь, родилась в срок, развивалась правильно. По характеру в раннем детстве живая, общительная, отличалась хорошей памятью, была склонна фантазировать.

В трёхлетнем возрасте в течение двух суток было состояние с обездвиженностью, но отвечала на вопросы, временами становилась возбуждённой, кричала, чего-то боялась. Это состояние прошло

[самостоятельно]. Температура была нормальной. В дальнейшем характер Е. не изменился.

В школе с 7 лет, училась хорошо. Имела много подруг, среди них выделялась знаниями, хорошей успеваемостью. Занятия в общеобразовательной школе совмещала с обучением в музыкальной школе. Одновременно увлекалась математикой, участвовала в математических олимпиадах, получала похвальные грамоты.

Когда Е. было 12 лет, мать вышла замуж повторно; у пациентки появился отчим. Первые годы была недовольна замужеством матери, требовала, чтобы мать оставила отчима, демонстративно не ела с ними за одним столом, не разговаривала.

В 16 лет появились кратковременные периоды пониженного и повышенного настроения. Во время пониженного настроения анализировала своё поведение, те или иные поступки; считала себя неспособной; труднее становилось заниматься, хотелось лежать, испытывала слабость.

В периоды повышенного настроения была деятельной, взбудораженной, по-особому воспринимала музыку, успешно занималась, всё удавалось легко. Такие состояния вначале были короткими эпизодами: по 1—2 месяца; между ними было ровное настроение. К 17 годам они стали более продолжительными и непрерывно следовали одно за другим.

В 10 классе в течение двух месяцев была замкнутой, неразговорчивой, ничего не делала, много спала. Затем вновь появилась общительность, начала увлекаться мужчинами, легко знакомилась на улице, приглашая всех к себе домой. Успешно закончила школу с золотой медалью и поступила на математический факультет университета. Настроение оставалось повышенным, увлекалась музыкой, языками, решением трудных математических задач, не чувствовала усталости, мало спала. Изменилось отношение к матери — стала дерзкой, грубой.

В 18-летнем возрасте отмечалось подавленное настроение. Казалось, что один из её знакомых по-особому смотрит на неё, позже стала чувствовать на себе действие гипноза, оставила этого молодого человека. Самостоятельно поехала отдыхать на юг, но в поезде заметила, что пассажиры как-то по-особому двигаются, обращают на неё внимание, что-то говорят о ней; в их жестах улавливала особый смысл, испытывала страх.

По приезде на место это состояние продолжалось; всё окружающее выглядело необычным: солнце ярко светило, песок был странно жёлтый, люди неестественно быстро двигались.

Казалось, что хозяин квартиры и его мать следили за ней, они, по её мнению, были связаны с людьми в поезде. Затем возникло возбуждение, испытывала страх, убежала в горы. Через месяц такое состояние прошло. По возвращении в Москву продолжала

заниматься в университете. Настроение оставалось подавленным, затем оно резко изменилось — вновь стало повышенным; была активной, целый день занималась множеством дел, посещала вечеринки, выпивала, заводила на улицах знакомства. Ночами где-то бродила. Несмотря на внешнюю общительность, растеряла подруг, встречалась только с мужчинами.

С наступлением осени возникла тревога; бесцельно бродила по дому; настроение менялось в течение дня: то плакала, то смеялась. Принимала вычурные позы. Ощущала неприятные запахи. В таком состоянии впервые стационирована в психиатрическую больницу; при поступлении была заторможена, лежала неподвижно, безмолвно; отмечались явления восковой гибкости; кормилась через зонд. Через три недели состояние изменилось: стала возбуждённой, бегала по палатам, то смеялась, то плакала, то патетически простирала руки, застывала в различных позах. Считала, что от неё исходят ультракороткие волны, и у неё специально вызывают половое возбуждение, перебивают её мысли. Постепенно состояние улучшилось. Позже рассказала, что было «противостояние Марса». Ей казалось, что она находится в космическом пространстве и видит падение Марса. Считала себя могущественной в этом космическом пространстве.

Подобное состояние сменилось маниакальным возбуждением, высказывала бредовые идеи преследования, воздействия. В отделении была неряшливой, цинично бранилась, брала у больных передачи, обнажалась, писала любовные письма мужчинам. Постепенно наступило успокоение. С критикой относилась к перенесённому состоянию. В больнице пребывала десять месяцев.

По выписке находилась дома около трёх лет. В первые шесть месяцев настроение было пониженным; ощущала вялость, почти не выходила из дома, много лежала, ничем не интересовалась. Затем настроение улучшилось и оставалось повышенным около шести месяцев. В дальнейшем состояние подавленного настроения сменялось повышенным, во время которого становилась активной, развязной, легко заводила знакомства с мужчинами, вступала с ними в связи, посещала концерты и театры, продолжала заниматься в университете. Во время повышенного настроения была грубой, раздражительной по отношению к родным. Во время подавленного настроения искала помощи у матери, считала себя никчёмной, высказывала нежелание жить. В конце этого трёхлетия (22 года) пыталась броситься под поезд. Была во второй раз стационирована в психиатрическую больницу, где находилась в течение пяти месяцев.

В больнице у Е. отмечалось пониженное настроение, которое сменилось повышенным. По выписке настроение снова было подавленным; казалось, что с ней мысленно говорят окружающие, её

испытывают, проверяют, по радио говорят о ней, родственники её обманывают. Имели место наплывы воспоминаний; в голове было то много мыслей, то пустота, чувствовала себя виновной, ожидала ареста и через две недели вновь была стационирована в больницу.

В течение месяца высказывала идеи самоунижения; жаловалась на утрату способности общаться с людьми. В поведении окружающих видела осуждение; считала себя проституткой. Ощущала действие гипноза. Затем стала возбуждённой, агрессивной; казалось, что в отделении происходит что-то непонятное. Постепенно настроение стало повышенным.

В дальнейшем состояние улучшилось, с критикой относилась к перенесённому состоянию. Настроение оставалось повышенным, переоценивала свои возможности.

По выписке приступила к работе. Повышенное настроение сменилось вялостью, утомляемостью. Работа не вызывала интереса, всё казалось скучным. После работы лежала в постели.

Через три месяца после выписки появилась тоска, каждому слову окружающих придавала смысл, в разговоре улавливала намёки. Вместе с матерью поехала на юг. В поезде появился страх, стало казаться, что попутчик в поезде следит за ней, специально сел в их вагон. Вся обстановка выглядела подстроенной.

На юге была тревожной, ничего не радовало, окружающее выглядело тусклым и серым. Стеснялась купаться, казалось, что тело у неё дряблое, как у старухи, что окружающие обращают внимание на её уродство. По дороге в Москву не спала, внешняя обстановка казалась необычной. По приезде в Москву узнала о запуске спутника в космос, расценивала это по-особому, окружающие якобы скрывали данное известие. Делила людей на врагов и друзей. Себя считала находящейся в центре борьбы этих двух партий. В третий раз помещена в психиатрическую больницу.

При поступлении вначале была депрессивной, заторможенной. Казалось, что на неё возложена миссия примирить мир и разоблачить врагов. Ждала наступления катастроф. По её мнению, должна была начаться атомная война, в результате которой погибнет мир. Высказывала бредовые идеи воздействия. В течение десяти дней неподвижно лежала в постели, кормилась с рук персонала, была неопрятна.

Состояние сменилось возбуждённостью: смеялась, пела, выпрашивала папиросы, продукты, обнажалась, писала любовные письма мужчинам. Считала, что «аппараты в палате записывают мысли и действия», что она обладает гипнозом и может заставить полюбить себя, вылечить любого больного. Временами становилась злобной, агрессивной. К моменту выписки настроение было пониженным, отмечала, что стала «рассудительной, холодной». В больнице находилась семь месяцев.

Вскоре приступила к работе. Ей поручалась самая простая работа по статистической обработке материала, с которой справлялась медленно. В первое время настроение оставалось пониженным, ощущала вялость, апатию. Придя с работы, лежала в постели.

Со слов сотрудников, больная изменилась по характеру: стала замкнутой, жеманной, вычурно одевалась. Среди незнакомых ей казалось, что им известна её болезнь, что они осуждают её поведение, переговариваются, задают провокационные вопросы.

Лечилась амбулаторно. В дальнейшем настроение улучшилось, стала активнее, посещала театры, кино, но чувствовала себя «приниженно». В присутствии посторонних людей легко терялась.

В начале года состояние изменилось: появилась раздражительность. Стремилась посетить все научные конференции на работе, предполагала изменить служебную программу. Заводила многочисленные знакомства, считала, что в неё влюблены все мужчины. Сильно сократился сон. На работе то смеялась, то плакала, делала неуместные замечания; заявила, что готовит диссертацию. Стационирована в пятый раз.

Психический статус. Состояние неустойчивое: то депрессивна, то маниакальна. Рыдания и отчаяние сменяются развязным, дурашливым поведением. Во время беседы много смеётся, жеманится, гримасничает, манерно щурит глаза, надувает губы. Говорит быстро, легко отвлекается. Себя больной не считает, поступление в стационар объясняет желанием «отдохнуть» от наплыва воспоминаний. С таинственным видом сообщает, что ей «теперь всё известно», что её посадила в больницу некая «Манова», которая к ней «прикасалась, хотела вывихнуть мозги». При этом показывает тетрадь, где написана данная фамилия, и сделаны примитивные рисунки. В отделении больше сидит или прогуливается в обществе больных, которым рассказывает о своих знакомых. Себя считает художницей, пианисткой, физиком, механиком, кибернетиком, собирается писать диссертацию, назначает себя руководителем. Постоянно говорит о том, что ей хочется есть. Временами неожиданно то начинает громко рыдать, заламывать руки, то вскакивает, чтобы поцеловать врача. Рассказывает, что в прошлом было много фантазий о «противостоянии Марса, загробной жизни, святости», в настоящее же время «всё реально и обыкновенно». Несколько раз пытается сообщить врачу «что-то важное», но быстро отвлекается, вязнет в ненужных описаниях подробностей жизни знакомых, их внешности, занимаемых ими должностей. Рассказы непоследовательны. Ночь спит хорошо, сон крепкий, без сновидений. В течение дня настроение непрерывно меняется от экстатически восторженного до тоскливого. При беседе легко отвлекается. Считает, что всё вокруг делается только для неё, что она обладает природным даром гипнотизировать людей; сама она, по её словам, испытывает на себе «биотоки»,

исходящие из мозга других больных, при этом в голове возникает особое ощущение. Таким образом окружающие дают ей понять, что хотят с ней поговорить, и она подчиняется их воле. Считает, что её довели до болезни сотрудники по работе. Плохо спит ночами, просыпается, бродит по палате, много курит. Критики к своему состоянию нет.

(Входит больная.)

— *Здравствуйте, садитесь, пожалуйста.*
(Больная, не садясь, начинает читать стихи.)

— Любимый, путь ты избрал смелый.
(Прерывает чтение.)
Не те…, нет, тут должно быть другое…

Страшного не может быть.
Улыбка, ослепительные зубы и всё об этом говорит.
Нет счастья без этого покоя, который здесь себе найду,
Взгляни, ведь утро золотое встаёт, восток горит…

— *Как здоровье?*
— Нормально.
— *Больны?*
— Болезнь — экзогенный психоз.
— *Какая причина?*
— Не от наследственности, конечно.
— *В чём выражается Ваше заболевание?*
— Пожалуйста, я могу спеть «Соловья». *(Начинает петь «Соловей» Алябьева.)*
— *Спасибо.*
— Я уже хочу математикой заниматься.
— *В этот раз путешествия на Марс не было?*
— Нет, это однажды было, однажды.
— *На чём летали?*
— На космическом корабле.
— *Ясно его видели?*
— Нет, я корабль не видела. Я только Марс видела.
— *Как он выглядит?*
— Шкловский придумал, что у Марса искусственные спутники.
— *Вы видели их?*
— Мне казалось, что противостояние, что он падает на Землю. Ещё знаете, что он… Отсасывание радиоактивности из воздуха было.

— *А потом Вы оказались в раю?*
— Как будто я святая, меня кто-то ищет, тоже было.

— *В этот раз было что-то фантастическое?*
— Нет, не было.

— *Такого рода переживания с чем можно сравнить — со сновидением, яркой грёзой, с мечтой?*
— Нет, нет, я уже говорила — как летаргия.

— *Опишите, пожалуйста, Ваше состояние пониженного настроения.*
— Значит так, сейчас скажу: прямо хочется покончить с собой, потому что ничего не соображаешь абсолютно и вообще кажется, что весь талант уже иссяк. Под поезд, например. Не соображаешь абсолютно ничего, совершенно ничего. Читаю умные книги, смотрю глазами и только…

— *Фантастические образы возникают в депрессии или в маниакальном состоянии?*
— В маниакальном.

— *Мысли о биотоках возникают в это же время?*
— Мне казалось, что обращают на меня внимание… И биотоки… Это просто какие-то чувства сильно испытывают ко мне.

— *Они передаются Вам?*
— Да.

— *Мысли о том, что Вас преследуют, в каком состоянии возникают?*
— Что меня преследуют — это в депрессии. Мне казалось, разболтала секрет один и как будто я виновата. Как будто я разгласила тайну.

— *Скажите, пожалуйста, считаете Вы себя больной или нет?*
— Ну, Господи, конечно, больна — истощение нервной системы.

— *Какие планы на будущее?*
— Докторскую хочу сделать.

— *А кандидатскую?*
— Нет, сразу докторскую.

— *Какая же тема Вашей диссертации?*
— «Теория ползучести».

— *Что же это такое? Расскажите, что это за теория?*
— *(Рисует на доске, приговаривая:)* Вот… сейчас… дают напряжение… как это задано… сигма, и при этой сигме силу *P* и не меняем её… А в карандаше всё время происходит деформирование этой ползучести. Панферова В. М., моего учителя, он снимал это. Он брал также…, но при различных температурах. Тут 600 градусов, здесь 500 градусов, а здесь 400 градусов. И деформация была разная.

— *Спасибо. Не очень неприятная беседа была?*
— Наоборот.

(Больная уходит.)

Состояние этой больной, как и предыдущей, маниакальное. Временами оно прерывается состоянием тоскливости, что может указывать на приближение депрессии. Но, как я уже говорил, у такого рода больных маниакальное или противоположное ему — депрессивное — состояние очень часто, на короткое время, прерывается противоположным аффектом. У данной больной по сравнению с предыдущей обнаруживаются не только скачка идей, отвлекаемость, сколько разорванность. В поведении её много импульсивного, немотивированного. Её маниакальное состояние спадает, обнаруживается некоторая доля критики к своему заболеванию, по-видимому, исчезли и явления психического автоматизма, и идеи физического воздействия, и бредовые идеи преследования.

Заболевание разбираемой больной с самого начала приняло характер непрерывного течения. Депрессия сменяется у неё маниакальным состоянием, [которое] в свою очередь также непосредственно сменяется депрессией. Такого рода течение циркулярной шизофрении встречается нередко, особенно при начале её в юношеском возрасте. Тем не менее, несмотря на непрерывное течение и раннее начало болезни, почти в юношеском возрасте, грубых изменений личности не обнаруживается. Последнее отличает течение данного заболевания от юношеской непрерывной шизофрении. Далее, у больной на высоте развития двух маниакальных фаз возникло состояние кататонического возбуждения с онейроидными расстройствами. В одном из таких состояний она оказалась на Марсе, а в другом — в кругу святых.

Особенности клиники её заболевания подтверждают возможность развития онейроидно-кататонических расстройств на высоте маниакальной фазы.

Картина периодической шизофрении, полиморфная с самого начала своего возникновения, представляет сложный синдром. Такого рода сложный синдром содержит следующие компоненты: а ф ф е к т и в н ы е и з м е н е н и я (повышенное или пониженное настроение), о б р а з н ы й б р е д и различные явления п с и х и ч е с к о г о а в т о м а т и з м а с де-

персонализацией, и наконец, фантастический бред, достигший степени онейроида и кататонических расстройств. У разных больных или в разных приступах у одного и того же больного могут преобладать аффективные расстройства, и тогда психоз приобретает вид циркулярного. В других случаях при бурном развитии приступа с самого начала преобладает онейроидное помрачение сознания и кататонические расстройства. В вариантах с преобладанием депрессивного аффекта, сопровождающегося бредом, психоз протекает как депрессивно-параноидный. У многих больных периодической шизофренией, как и у разбираемой больной, отдельные приступы маниакального состояния во время его максимального развития видоизменяются с присоединением онейроидных и кататонических расстройств. Последующие приступы могут исчерпываться только аффективными расстройствами и отдельными явлениями психического автоматизма.

Наблюдаются больные периодической шизофренией, у которых первый приступ протекает как онейроид, но кататонический, последующие же приступы, как депрессивные, так и маниакальные, [протекают] иногда без наличия бреда, явлений психического автоматизма или деперсонализационных расстройств. При депрессивно-параноидной шизофрении также развивается в ряде случаев фантастический бред мировой катастрофы, гибели мира, достигающий степени онейроидного расстройства.

Всё это свидетельствует о том, что взаимоотношение форм, вариантов периодической шизофрении такое же, как и при прогредиентной шизофрении. Простая, гебефреническая, параноидная формы самостоятельны лишь относительно. В них реализуются единые, общие для всех этих форм закономерности развития прогредиентной шизофрении. Депрессивно-параноидная шизофрения, онейроидная кататония, циркулярная шизофрения также лишь относительно самостоятельны. Каждая из них выражает общие для всех закономерности развития периодической шизофрении, патогенез которой значительно отличается от прогредиентной.

Лекция 9

Периодическая шизофрения, депрессивно-параноидный вариант

Переходим к депрессивно-параноидному варианту периодической шизофрении.

Больная И., 62 лет

Анамнез. Отец был спокойный, добрый, заботливый. Мать — нервная, «сумасшедшая». У сестры отмечаются периодические расстройства настроения; стационировалась в психиатрическую больницу. Бабка по линии матери страдала психическим заболеванием.

Больная родилась от первой беременности, развивалась правильно. В школу не ходила, грамоте научилась дома. Много читала. В 13—14 лет была отдана ученицей в швейную мастерскую. По характеру в этот период была тихой, робкой, застенчивой. Тогде же начались менструации, протекали легко, расстройств настроения при этом не было.

После февральской революции 1917 г. участвовала в профсоюзном движении, заинтересовалась политикой, активно выполняла поручения, ходила на демонстрации. Несколько позже вступила в комсомол. Во время гражданской войны была на подпольной работе, в тылу у белых, отдавала этому все силы, гордилась оказанным ей доверием, скрупулёзно выполняла все поручения, отличалась добросовестностью, доходившей до педантичности. После гражданской войны направлена в Москву на рабфак. По дороге (больной в то время было 20 лет) заболела сыпным тифом; её сняли с поезда и положили в больницу, где ей казалось, что город захвачен белыми. Окружающее стало страшным и непонятным. Санитары представлялись переодетыми белогвардейцами. Когда ей говорили, что её ищет сестра, то больная твердила, что никакой сестры у неё нет, так как

боялась, что если сознается, то выдаст сестру, и ту тоже захватят белые. После выписки из инфекционного отделения долго ходила по городу, спрашивала прохожих, какая власть. Над ней смеялись; мальчишки кричали ей вслед, что власть белая. К сестре пойти не решалась, боялась выдать её. В конце концов была доставлена в больницу, где её разыскала сестра. Несколько месяцев прожила дома, оставалась тревожной, редко выходила на улицу. Затем за ней приехал её жених, они вступили в брак и вместе поехали в Москву. Там первое время боялась ходить по городу, многие среди встречных напоминали белогвардейцев; старалась убедить себя, что это болезнь. Постепенно всё это прошло. С психиатрами ни разу не консультировалась. Успешно окончила рабфак и поступила в институт. Настроение было ровным, хотя часто беспокоили головные боли.

В возрасте 26 лет появились страхи: постоянно боялась, что кто-нибудь может залезть через трубу в комнату. Плохо спала; была растеряна. Консультировалась профессором П. Б. Ганнушкиным, который назначил какое-то лекарство; через несколько недель всё прошло. Позднее она вновь обращалась к Ганнушкину, который обнаружил у неё депрессивное состояние. По его совету лечилась в нервном санатории, где её пытались лечить гипнозом, но неудачно; стало лучше после физиотерапии.

Вернулась на работу, была чрезвычайно добросовестной, не считалась ни со временем, ни с домашними делами, иногда засиживалась до глубокой ночи. Рассказывала даже о случаях, когда двое суток не возвращалась домой, исправляя опечатки в каком-то воззвании к крестьянам в связи с коллективизацией. Муж сошёлся с другой женщиной, которая от него забеременела. Он рассказал обо всём больной, и она простила его, даже ухаживала за родившимся вне брака ребёнком, считая, что его мать не сможет сделать это достаточно хорошо.

В возрасте 35 лет у И. возникла острая тревога; каждый день ждала ареста. Так продолжалось несколько месяцев.

В 39 лет во время эвакуации (1941 г.) у больной появилась мучительная тревога, была уверена, что её родные погибли; испытывала тоску. Однажды подошла к телеграфному столбу, и ей вдруг показалось, что её мысли по проводам доходили до дочери; пыталась с ней таким образом разговаривать, но ответа не получила. Увидев летящие самолёты, приняла их за немецкие; решила, что в город вошли немцы; прибежала домой, растопила печку, притворилась, что стирает бельё, а сама сожгла все документы, которые у неё были. Думала, что если немцы что-нибудь найдут, её расстреляют или будут жарить на печке. Казалось, что она чем-то виновата в происшедшем несчастье; несколько дней отказывалась

от пищи. Считала себя недостойной есть. Была госпитализирована в психиатрическую больницу.

Была убеждена, что попала к фашистам. По ночам слышала, как подъезжает машина; думала, что это привозят новых арестованных; больные казались заключёнными. Боялась ходить в уборную, старалась не есть, чтобы не нуждаться в этом. Однажды во время трудотерапии, увидев кучу лоскутов, узнала среди них куски своих платьев, платьев дочери, костюма мужа, клочки одежды всех родных и друзей; поняла, что все погибли. Находилась в больнице несколько месяцев. Потом приехал муж и перевёз её в Москву. Боялась выходить на улицу, требовала строжайшей маскировки, не разрешала даже мешать чай — казалось, что звон ложки нарушает маскировку. Почти всё время лежала, отказывалась от пищи. В голове было пусто — никаких мыслей. Подолгу сидела в углу. Вновь была госпитализирована в психиатрическую больницу. Там решила, что находится не в Москве, а на территории, оккупированной немцами. Боялась разговаривать, чтобы не выдать родных; целыми днями просиживала в углу, отказывалась от пищи; её кормили принудительно. Было тягостно на душе; дни тянулись очень медленно. Три недели вообще не вставала; что с ней происходило, почти не помнит, вспоминает лишь, что беспокоили страхи, казалось, что повсюду господствует фашизм. После того как её стали лечить инсулином, постепенно состояние улучшилось. Однако настроение оставалось подавленным; появились мысли, что она больна венерическим заболеванием, требовала гинеколога. Через некоторое время это тоже прошло, и больная была выписана домой. Продолжительность пребывания в стационаре составила около шести месяцев.

После выписки в диспансер обращалась очень редко. Вскоре начала работать, хотя нигде подолгу не удерживалась. Всюду замечала недостатки, не могла ужиться с сотрудниками. Временами слышала оклики, привыкла к ним, понимала, что это кажется только ей, не обращала на них внимания. В возрасте 56 лет получила пенсию по возрасту. За год до последней госпитализации, весной, вновь появилась тревога, боялась оставаться дома одна, того, что придёт кто-то чужой, что может не уследить за маленьким внуком. Настаивала на скорейшем переезде на дачу, рассчитывала, что ей там будет спокойнее. Уехала на дачу в Подмосковье, жила там одна с внуком. Жалела парализованную хозяйку дачи, часто ходила к ней, спрашивала, не надо ли помочь. Однажды дочь хозяйки попросила больную не ходить больше к её матери. Начала думать, не обижается ли та на неё. Вскоре хозяйка умерла. Больная была крайне обеспокоена, винила себя в том, что обидела её, что у неё от обиды случился второй инсульт, и таким образом она явилась причиной её смерти. Спала тревожно, боялась воров, никуда не отпускала внука, так как слышала, что имели место кражи детей. Иногда по ночам

прислушивалась к каждому шороху, выходила на улицу посмотреть, всё ли в порядке. Приходило в голову, что она слишком болтлива. Так, например, услышав, что её знакомый умер от лучевой болезни, рассказала об этом родным, чем, по её мнению, могла выдать государственную тайну. После прочтения книги Шейнина «Военная тайна» стала считать, что она недостаточно бдительна: вспомнила, что накануне какой-то человек спрашивал её, как проехать на аэродром, подумала при этом, что он шпион, ругала себя за то, что ответила ему. Всё чаще беспокоили бессонные ночи, принимала снотворное. Осенью внук заболел скарлатиной, врач разрешил не класть его в больницу. Появилось подозрение, что соседка распространяет слухи, будто они держат дома опасного инфекционного больного, упрекала её за это, часто ссорилась с ней. Так продолжалось в течение двух месяцев; полагала, что соседка ненавидит её. Тогда же умерла племянница больной; очень тяжело переживала эту утрату, целыми днями плакала, видела племянницу во сне. В декабре И. заболела тромбофлебитом, была госпитализирована в больницу. В тот период ни о чём плохом не думала. Когда ей стало лучше, обратила внимание, что окружающие относятся к ней иначе, чем к остальным: то и дело намекают ей на различные факты её жизни, подают ей какие-то знаки. Пришло в голову, что от неё требуют дать показания, кто из её родных или знакомых совершал когда-либо преступления. По вечерам обращала внимание на непрерывно льющуюся из крана воду, принимала это за требование приступить к немедленной даче показаний. Какой-то посетитель рассказал, что показания надо давать быстро. Расценила это как намёк. Немедленно начала писáть, описáла «преступление» мужа, который однажды принёс с работы немного спирта и таким образом совершил хищение. Вспомнила и написáла про многие другие якобы совершенные им «преступления», считала себя их соучастницей. Несколько ночей практически не спала, ждала ареста. Казалось, что окружающие говорили о ней, о муже, перебирали факты её жизни. Была госпитализирована в психиатрическую больницу.

Психическое состояние. При поступлении тревожна, торопливо рассказывает о себе, обвиняет себя и мужа в многочисленных «преступлениях», рассказывает, что в соматической больнице узнавали её мысли, действовали на неё гипнозом. Очень многословна, застревает на мелочах, не даёт перебивать себя. Через три дня состояние ухудшилось: возбуждена, плачет, мечется по палате, рвёт на себе одежду, повторяет, что её надо убить, бьётся головой о стену, забирается под кровать, не спит по ночам. В последующие дни малоподвижна, подолгу стоит в одной позе, с застывшим лицом, на вопросы почти не отвечает, иногда произносит: «Всё погибло, мир погиб». Через два месяца состояние несколько улучшилось: стала общаться с больными, уменьшилась тревога. Ещё через месяц

появилась критика: считает себя больной. Охотно согласилась рассказать о пережитом и сообщила следующее. По дороге в больницу казалось, что в Москве по её вине произошло какое-то несчастье. Автомобиль, в котором её везли, остановился около здания милиции, несколько человек вошли в машину, подумала, что они сидели в тюрьме из-за неё. Одна из вошедших показалась знакомой. Потом пришло в голову, что она, оставив дома больного внука, распространила по Москве скарлатину, причём внук болен легко, а другие дети болеют гораздо тяжелее. В отделении многие плакали; поняла, что оплакивают умерших детей, что уже начали болеть взрослые. Окружающие намёками говорили, что она преступница. В наблюдательной палате от её постели пахло табаком; решила, что здесь недавно лежал муж. Поняла, что тут мучают людей, что она во всём виновата, всех выдаёт. Видела, что все окружающие страдают, хотя она ничего не чувствует. Считала себя обязанной страдать, как и другие. Случайно нашла иголку; поняла, что это намёк, что надо выколоть себе глаза, но не стала этого делать, а отдала иголку сестре, потом жалела об этом: «Могла бы причинить себе хотя бы небольшое страдание». Хотела выброситься в окно, но подумала, что это бессмысленно: смерти нет, есть только вечные муки, никто не умирает. По её мнению, племянницу похоронили заживо.

Среди окружающих узнала знакомых, которые страдали по её вине. По ночам слышала, как приезжают машины: это привозили новых людей, которых она «выдала». Каждого, чью фамилию она вспоминала, хватали и привозили. Её кровать была оборудована специальными приборами, с помощью которых узнавали её мысли; пыталась думать о пустяках, чтобы никого не выдать, но от неё требовали, чтобы она продолжала выдавать. Как только она думала не о том, сильно хлопала дверь; это был знак, что ею недовольны. Пыталась переходить на другие кровати, но санитарки отправляли её обратно. Свою соседку принимала за подругу подполья, вдруг обнаружила, что её уже нет, её уничтожили, вместо неё — подставное лицо. Казалось, что пришли фашисты. Прочитала в газете статью, в которой было написано что-то бессвязное, ничего нельзя было понять, весь мир «сошёл с ума». Представлялось, что за окном — мёртвый город, всё замерло, света нет, краны не работают, недостроенные дома разрушены. Она же находится на фабрике смерти, где не просто уничтожают людей, а используют их тела, кровь. Когда у больных брали кровь, была уверена, что она предназначается для переливания фашистским раненым. Сами больные казались заключёнными; о положении врачей не знала, но однажды услышала, как один из врачей сказал: «У меня семья», из чего сделала вывод, что они заставляют его работать на фашистов. Продолжала ощущать, что узнают её мысли, заставляют выдавать всё новых и новых людей. Однажды ночью представилось огромное колесо, метров се-

ми в диаметре, которое быстро вращалось, под ним горел огонь, а за обод цеплялись люди в лохмотьях. Первое время думала, что это специальное орудие пытки, позже, когда стало лучше, решила, что видела всё это во сне. Не может сказать, продолжалось ли узнавание мыслей в ту ночь, когда видела колесо, — «не думала об этом, только смотрела». Казалось, что всех людей по очереди посылают на это колесо, другие при этом работают на фашистов. Окружающего в ту ночь не замечала. С течением времени становилось легче. Если ранее в больничном белье узнавала свои вещи, то затем поняла, что ошибалась. Постепенно пришла к выводу, что была больна, что находится в больнице.

В настоящее время крайне многословна, рассказывает обо всём с большой охотой, преувеличенно добросовестно сообщает все детали, которые считает важными, главный акцент делает на причинах, которые, по её мнению, привели к психозу. Содержание того, что ей казалось, раскрывает значительно менее охотно, недовольна тем, что врач направляет разговор в эту сторону, даёт понять, что лучше знает, что важно, а что нет.

Назойлива, иногда вдруг говорит, что всё-таки зря она так много болтает о чём не следовало, тут же смеётся, машет рукой, отмечает, что и не думает об этом. Память хорошая, прекрасно помнит все подробности как давно прошедших, так и недавних событий.

Соматически. Возрастные изменения.

(Входит больная.)

— *Пожалуйста, садитесь.*
— Спасибо.

— *Полностью выздоровели?*
— Считаю, что полностью.

— *Какое настроение у Вас сейчас?*
— Очень хорошее. Уже давно, как только пришла в себя.

— *Тревога, страх, тоскливость — всё прошло?*
— Нет, ничего нет.

— *И утром нет?*
— По утрам немножко голова болит, а настроение теперь всё время хорошее.

— *В тяжёлом состоянии было тревожно?*
— Да, но по сравнению с тем, что делалось во всём мире, могло быть хуже.

— *Ваши переживания — колесо в пять метров, люди, висящие на нём, — на что они были похожи: на сновидение, фантазию, галлюцинацию?*
— Я так представляю, что фантазировать я не могла, потому что я говорила, что я сама не понимала. Был это сон или моя

фантазия, но я так ясно видела всё, как ясный сон. А придумать себе, в то время, как лежала на кровати, на которой мне страшно лежать было, мне кажется, что я не смогла себе представить такую картину. Это не только сон, как бывает иногда такой сон, который очень долго помнится, а я, например, такой человек, так воспитана, что у нас разное рассказывали друг другу и никогда ничего долго не помнили.

— *А эти события?*
— Похоже на сон... Висели люди, внизу вода была... Огонь не берёт человека, вода не даёт утонуть, как детская сказка, что вода не тушит огонь, не гасит свечку: в детстве рассказывали мне такую сказку...
— *Гибель мира — это тоже как сон?*
— Нет, я не говорила о мире. Я имела в виду наш Советский Союз, в первую очередь, — Москву.
— *Как это происходило?*
— Это мне представлялось, что временно опять фашисты захватили власть, если не во всех городах, то в Москве, а в этой больнице стало так: все служащие оставались на месте, и они работают под наблюдением фашистов. Они придумали уже совсем другое. Если тогда сжигали, одежду забирали, то теперь кровь забирают, особенно из вены. Это делается для того, чтобы получить кровь и отправить куда надо, а потом убивают людей, у которых брали кровь. Мне об этом говорила девушка, которую положили в наблюдательной палате рядом со мной. Она целыми днями говорила: «У нас сосут, нас убьют». Как только я сказала сестре об этом, меня перевели в другую палату, но я думала что не за эти слова, а потому что у меня прошло тяжёлое состояние.
— *Всё помните, что было с Вами?*
— Мне кажется, всё, за исключением того, что я не помню, сколько дней я лежала на той койке, которая казалась такой страшной, а рядом — молодая девочка, которая день и ночь говорила и во втором лице ко мне: «Знаешь, тебе то-то и то-то сделают». Сколько дней было — не помню.
— *Среди незнакомых узнавали знакомых?*
— Да, было. Все были в белых халатах и посадили меня рядом с профессором и с другими, причём никто не объяснил, что это врачи просто, а поскольку я была тяжело больная, то сразу узнала: рядом со мной — брат мой, который убит фашистами и рядом — другие лица, которых тоже расстреляли фашисты.
— *Ещё так было?*
— Было, но не в такой степени. Привели в палату, я узнала одну хорошую знакомую. Лежу в палате, слышу — входит: «Здравствуйте!», и голос одной знакомой. Когда она так поздоровалась,

я стала ходить по палатам, искать её и убедилась, что это мне показалось. Может быть, так произошло потому, что какая-то больная вместо того, чтобы в первую палату пойти, забрела во вторую. А мне показался голос моей сестры. Потом она лежала на моём месте, я приближалась к ней, и она была точно моей сестрой, но я собралась с силами, подошла поближе и вижу, что лежит уродливая женщина, даже говорить не может, мычала. И каждый раз я подходила и убеждалась, что это, конечно, не моя сестра.

— *У Вас было несколько приступов. Они схожи?*

— Похожи.

— *Чем?*

— В этом похожи. В первый раз я и своих не хотела узнавать, боялась, думала, что санитары — белогвардейцы… Меня выпустили, я одна ушла. Я нарочно ушла, ходила по Харькову. У каких людей спросишь: «Какая власть?» Одни отвечали: «Советская», а другие, чтобы подшутить надо мной, может быть думали, что я пьяная, говорили: «Что, не знаешь? — Белогвардейская».

— *А второй тяжёлый приступ также протекал?*

— Второй приступ? До некоторой степени история повторяется: то были белогвардейцы, а во втором — я боялась фашистов. Не то, что боялась, а считала, что уже есть, и старалась себя держать, как нас учили: «Не выдавать, молчать, не признавать, знать поменьше», что если будут спрашивать, не могли ничего сказать.

— *В промежутках Вы были здоровы?*

— Нет, с некоторой повышенной нервностью, как меня называли — эксцентричная. Ведь сама жизнь была тяжёлой.

— *Какие у Вас ближайшие планы?*

— Теперь можно идти на работу пенсионером, но я не могу идти — у меня внучек. Он в ясли ходит, но требует ухода. А второе — я отдала себе шить платье хорошее, оно где-то валяется, боюсь пропадёт. Как только выйду из больницы, сошью себе это платье. Мечтаю в театр, в концерт пойти.

— *А прежде — в парикмахерскую?*

— Вчера говорю, что из больницы домой не пойду, и мужу прямо сказала, чтобы имел деньги с собой и поедем сразу в парикмахерскую.

— *Спасибо.*

— Пожалуйста, до свидания.

(Больная уходит.)

Больная перенесла несколько приступов депрессивно-параноидного психоза. Первый приступ трудно отличить от постинфекционного психоза. Как вы помните, психоз возник непосредственно по миновании сыпного тифа. Однако клиническая картина его была идентична последующим приступам. И в первом приступе была ажитированная депрессия с тревогой, страхом, бредом гибели, преследования, ложными узнаваниями.

Два следующих приступа были кратковременными, но протекали также тяжело в виде тревожной депрессии со страхом и бредовыми идеями преследования, осуждения. Четвёртый приступ помимо тяжёлой ажитированной депрессии сопровождался бредом гибели. Отмечались отдельные явления психического автоматизма, симптом *Капгрá*, бред инсценировки.

В последнем приступе на высоте возбуждения развилось онейроидное расстройство. Обычно оно возникает в тех случаях депрессивно-параноидного состояния, в которых преобладает образный бред фантастического содержания. После второго тяжёлого приступа больная явно изменилась — сделалась подозрительной, временами у неё отмечались оклики. Теперь это обнаружить не удаётся. Больная сейчас несколько гипоманиакальна. Такие состояния, вплоть до выраженных маниакальных, иногда наблюдаются в промежутках между депрессивно-параноидными приступами, что указывает на близость депрессивно-параноидной и циркулярной шизофрении.

Депрессивно-параноидное состояние — это депрессия со страхом, ажитацией, тревожными вербигерациями. Для неё характерен бред инсценировки, как его называют, и н т е р м е т а м о р ф о з ы: вокруг что-то происходит, разыгрывается, обстановка постоянно меняется, люди меняются. Возникают вербальные иллюзии, в действительно происходящем разговоре между окружающими больные слышат в свой адрес порицание, обвинения в совершённых аморальных действиях, преступлениях. В жестах окружающих больные усматривают особые знаки и воспринимают их так же, как осуждение и обвинение их.

Содержание бреда больных всегда состоит из причудливого переплетения бреда самообвинения и бреда осуждения, причём бред осуждения выражен гораздо интенсивнее, чем

бред самообвинения. Бред осуждения достигает степени [меланхолического] бреда *Котара*, приобретает фантастический вид, достигает грандиозных масштабов. Возникают различные явления психического автоматизма, бредовые идеи физического воздействия.

У некоторых больных при особо интенсивном течении болезни фантастический бред видоизменён в картину онейроидно-депрессивного, содержанием которого является происходящая грандиозная катастрофа.

Таким образом, в клинической картине депрессивно-параноидной формы обнаруживаются те же компоненты, что и при любом варианте периодической шизофрении: нарушения аффекта, грёзоподобный фантастический бред и онейроидные расстройства на высоте состояния.

Депрессивно-параноидный приступ иногда трудно, а может быть, и вовсе невозможно бывает отличить от депрессивных фаз циркулярной шизофрении. Как я говорил, и в течении депрессивно-параноидной шизофрении может возникать маниакальное состояние. Возможно, что депрессивно-параноидное расстройство свидетельствует о более глубоком поражении, более тяжёлом течении той же циркулярной шизофрении. Депрессивно-параноидная шизофрения протекает менее благоприятно по сравнению с другими вариантами периодической шизофрении.

Особенно для её течения труден возраст после 40 лет. В этих случаях депрессивно-параноидный приступ нередко затягивается на длительное время, порой на годы.

Ремиссии при депрессивно-параноидной шизофрении часто сопровождаются или временами возникающей, или где-то в глубине глухо звучащей беспредметной тревогой. Больные в ремиссии в ряде случаев держатся несколько приниженно, у них развивается чувство, сознание своей неполноценности. Имеется постоянный несколько депрессивный или несколько пессимистический фон. Вместе с тем работоспособность восстанавливается или в некоторых случаях после ряда приступов снижается, но всё же больные остаются трудоспособными. Все они могут вести домашнее хозяйство, заботливо относиться к детям. Временами в состоянии ремиссии могут возникать и отдельные идеи круга бреда отношения, и отрывочные, не оформившиеся идеи осуждения, обвинения.

Ремиссии становятся несколько хуже после приступов, в которых преобладали явления психического автоматизма. Явления психического автоматизма, псевдогаллюцинации, пусть эпизодические, фрагментарные, свидетельствуют о гораздо большем объёме поражения, глубине расстройства.

Развитию первого приступа депрессивно-параноидной шизофрении, как, впрочем, и всех вариантов периодической шизофрении, могут предшествовать аффективные колебания типа циклических без бредовых идей.

Периодическая форма составляет свыше 30 % всех случаев шизофрении. Проявляется она ограниченным кругом синдромов. Клиника её исчерпывается аффективными расстройствами, образным чувственным бредом, достигающим интенсивности грёзоподобного фантастического, с видоизменением в онейроидное помрачение сознания и кататонические расстройства. Преобладание в клинической картине тех или иных отдельных компонентов создаёт варианты этой формы. Данные варианты в процессе развития болезни могут переходить один в другой. У некоторых больных заболевание может начаться с онейроида, а в дальнейшем протекать как циркулярная шизофрения. У других больных первый приступ протекает как острый парафренный, а последующие могут быть депрессивно-параноидными или циркулярными. Это указывает лишь на относительную самостоятельность вариантов периодической шизофрении.

Приступы периодической шизофрении нерегулярны. У одних в течение жизни может быть только один приступ, у других — два; имеется описание больных, перенёсших до 40 приступов в течение жизни. Наблюдаются больные, у которых в течение года наступают по два приступа, и больные, у которых перерыв между приступами достигает 30 или 40 лет.

Изменения личности, возникающие при периодической шизофрении, по сравнению с прогредиентной неглубокие. Они не достигают той степени потери психической активности, того аутизма, эмоциональной опустошённости, которая обнаруживается при прогредиентной шизофрении. Круг интересов снижается, больные становятся более пассивными, но обычно долго сохраняют работоспособность, а труд в семье, обслуживание семьи, как правило, сохраняется в течение всей болезни. Привязанность к близким, забота, беспокойство о

них также сохраняются. У части больных во время ремиссии обнаруживаются черты душевной ригидности, гиперактивности, у других преобладают астенические изменения.

Приступы в пожилом возрасте могут затягиваться надолго, но больные не становятся постоянными обитателями психиатрической больницы, не становятся полностью беспомощными и до́ма. Следовательно, это заболевание не приводит к той тяжёлой деградации, которая свойственна прогредиентной шизофрении. Иногда началу периодической шизофрении в подростковом возрасте предшествуют изменения личности типа усиленного пубертатного [криза]. Чем более выражены такого рода изменения, тем тяжелее протекают приступы периодической шизофрении. Нередко циркулярная шизофрения в таких случаях в течение ряда лет течёт в виде следующих непрерывно приступов. Ранний и поздний возраст, так же, как и при прогредиентной шизофрении, утяжеляют течение периодической шизофрении, пролонгируют её приступы, ослабляют её основное свойство — ремиттирующее течение. Поэтому некоторые прежние авторы относили подобные случаи к гебефрении (*А. Н. Бернштейн*, *Е. Блейлер*).

Приступы периодической шизофрении часто возникают под влиянием внешних вредностей. Роды, грипп, другие соматические заболевания, физические и психические травмы создают условия, благоприятствующие возникновению приступов периодической шизофрении. Данная форма лабильна к внешним вредностям. На это обращали внимание и психиатры прошлого века, в частности *Р. Крафт-Эбинг*: описывая выделенную им форму «чувственного бреда», он подробно останавливался на этой особенности и говорил, что эти психозы не являются соматогенными, органическими, инфекционными ни по своему течению, ни по своему исходу, но они часто возникают от действия внешних вредностей, оставаясь по своему течению независимыми от них. Подобная особенность открывает конкретные возможности вторичной профилактики.

Как уже указывалось, в развитии приступов любого из вариантов периодической шизофрении обнаруживается закономерная последовательность видоизменения синдромов — аффективных, бредовых, онейроидных, кататонических — схожих с таковыми при прогредиентной форме, но отличаю-

щихся образностью, чувственностью. Соотношение этих двух самостоятельных форм ещё далеко не ясно. Высказывается мнение, что периодическая шизофрения — нозологически самостоятельная третья эндогенная болезнь. В связи с этим можно сказать, что нозологически самостоятельной болезнью, нозологической единицей считается только та, при которой обнаруживается единство этиологии и патогенеза. Единство патогенеза между прогредиентной и периодической шизофренией на основе клинических явлений не устанавливается. Напротив, обнаруживаются данные, говорящие о значительном различии патогенеза. Этиология шизофрении неизвестна, следовательно, судить о единстве патогенеза и этиологии нельзя. Но и при наличии одинаковой этиологии выделяются нозологически разные болезни. Этиология сифилитических психозов и прогрессивного паралича одна и та же, а тем не менее, это две нозологически разные болезни. То же можно сказать о *корсаковском* алкогольном психозе и белой горячке. Следовательно, как будто есть основания для доказательства нозологической самостоятельности периодической шизофрении, но если к решению данного вопроса подойти с эволюционных позиций (*Давыдовский И. В.*), с позиций развития болезни в предыдущих поколениях, то обнаруживается более сложное взаимоотношение этих двух форм шизофрении. Так, в ряде случаев у родителей обнаруживается прогредиентная вялотекущая шизофрения, у детей — периодическая. У родителей, страдающих периодической шизофренией, дети болеют юношеской шизофренией. Сестра страдает периодической шизофренией, брат — прогредиентной, постоянно находится в психиатрической больнице.

Таким образом оказывается, что в одном и том же поколении или в двух поколениях формы шизофрении меняются, что может указывать на их единство.

Однако при изучении вопроса о нозологической самостоятельности периодической шизофрении нельзя ограничиваться только этой болезнью. Необходимо также сопоставить её с маниакально-депрессивным психозом, с которым так часто приходится её дифференцировать. Имеются многочисленные данные, свидетельствующие о том, что у родителей, страдающих маниакально-депрессивным психозом, могут рождаться

дети, заболевающие и прогредиентной, и периодической шизофренией.

Следовательно, в эволюционно-генетическом плане граница между маниакально-депрессивным психозом и шизофренией не столь отчётлива.

С эволюционной точки зрения обнаруживаются иные закономерности; границы оказываются не такими неподвижными. Всё это говорит о том, что проблему «третьей болезни» необходимо всесторонне исследовать как клинически, так и эволюционно-генетически. В данной области предстоит ещё работы непочатый край.

Лекция 10

Промежуточная, легированная шизофрения

Сегодня я остановлюсь на форме, которую, по-видимому, следует, рассматривать тоже в качестве самостоятельной.

Больная X., 56 лет

Наследственность. Мать была психически больна. В течение жизни у неё отмечались постоянные колебания настроения. Выраженный психоз — в 39 лет, после родов: была резко возбуждена, пыталась душить ребёнка; лечилась в психиатрической больнице, где через год умерла.

Отец энергичный, способный, всегда считался душой компании. Колебаний настроения у него не отмечалось.

В семье пятеро детей. Старшая сестра общительная, уравновешенная. У второй сестры в детстве были «нервные» припадки, но ночам её беспокоили кошмары; очень впечатлительная, обидчивая, невыдержанная. В жизни непрактична, безалаберна. Крайне трудна в общении. Уверена, что её не понимают, притесняют; дома временами ходит голая. Постоянно пишет жалобы на соседей, сослуживцев, ждёт результатов расследований по ним.

Третья сестра и брат здоровы, характером похожи на отца.

Больная с детства выделялась нелюдимостью, дружила лишь с братом. В школьные годы — застенчивая, замкнутая и неоткровенная. Ни с кем из членов семьи не делилась своим внутренним миром; была очень педантичной. Рано проявляла самостоятельность во всём, настойчивость. Возникало желание всё познать. Одновременно с обучением в школе занималась музыкой. Чтобы платить за уроки, работала. По окончании восьми классов общеобразовательной школы поступила в медицинский техникум с психиатрической специализацией. Считалась способной. Не терпела несправедливости, говорила, что у неё «повышенное чувство справедливости,

которое иногда доходит до глупости». При этом не столько стремилась обеспечить своё благополучие, сколько «болела душой за других». Жила по принципу «все должны быть вместе». Стремилась к коллективу, но близких друзей не приобрела. Постоянно пыталась найти друзей с высокими духовными запросами. Презирала обеспеченность, никогда не стремилась хорошо одеваться, даже когда уже стала хорошо зарабатывать. Всегда было желание познать что-то новое. Часто посещала концерты, новые театральные постановки. По окончании техникума (больной 20 лет) работала в наркологическом диспансере. Была увлечена работой не столько потому, что её привлекала специальность, сколько из-за встреч с интересными ей людьми. Затем работала медсестрой в приёмном отделении одной из крупных больниц, где увлекалась уже самóй работой. Старшие говорили ей, что её «так надолго не хватит», что она «быстро сгорит». За что бы больная ни бралась, всё делала с большúм увлечением, не чувствовала усталости, однако всё быстро надоедало, ко всему пропадал интерес. Через полтора года поняла, что медицина — не её призвание. В двадцать один год поступила на курсы радиооператоров, по окончании которых работала на аэродроме. В то время переживала особый подъём, проявляла себя на работе с наилучшей стороны и была направлена в институт гражданского воздушного флота, где не прошла по физическим данным. Поступила в Ленинградский радиотехнический институт, в котором училась с 23 до 29 лет. Считалась способной, особенно хорошо успевала по математике, решала сложные упражнения безо всякого усилия, «на ходу». По-прежнему круг интересов был широк — музыка, искусство, лекции по различным отраслям знаний. Как и раньше, часто находилась в коллективе, но друзей не имела, мужское общество избегала, ухаживания мужчин отклоняла.

Колебаний настроения все эти годы не отмечалось. Всегда была активной, энергичной, без чувства усталости. Смело выступала против замеченных ею недостатков, хотя иногда не возникало желания отстаивать свою правоту, писать жалобы в какие-либо инстанции, как это было свойственно её сестре.

По окончании института работала инженером. Отличалась стремлением не стоять на месте, совершенствовать свои знания. Расширяла свой кругозор за счёт знакомств с людьми различных специальностей. Всегда была в курсе нового в науке.

Во время войны перенесла блокаду. Отказывалась от всех льгот, на которые имела право, как работавшая на военном заводе. Отдавала почти весь свой паёк голодавшим. Заболела психически, находясь в эвакуации в возрасте 36 лет. О том периоде имеются очень скудные сведения (Х. о болезни ничего не сообщает). Известно лишь со слов сестры, что заболевание началось остро. Больная резко возбудилась при отказе директора завода отпустить

её в Москву, набросилась на него с ножом, грозила убить. Была направлена в психоприёмник и привезена в Москву, где её поместили в психиатрическую клинику в состоянии резкого психомоторного и речевого возбуждения. Состояние больной характеризовалось возбуждением со скачкой идей, многоречивостью, отвлекаемостью без повышенного аффекта — преобладали раздражительность, злобность и агрессивность. Первое время недружелюбно относилась к сестре, была малодоступной, на вопросы почти не отвечала: «Пусть отвечают те, кто меня сюда привёз»; при этом добавляла: «Вёз шофёр в картузе, а потом в пилотке, значит, имеет отношение к лётному делу, полёт, лёт, вылет — вот я и вылетела». Держалась в стороне от других больных. Затем стала более контактной, шумной, многоречивой; речь была полна символики, витиеватая, отмечались ассоциации по созвучию. Режиму не подчинялась. Была легко возбудима, во время возбуждения цинично бранилась, проявляла негативизм, временами — манерность и дурашливость. Врачи отмечали в поведении больной много особенностей, напоминавших проявления гебефрении. Осознание болезни отсутствовало. Мало спала, была истощена, выглядела утомлённой.

Если в начале пребывания в больнице возбуждение было ближе к кататоническому с гебефренными чертами, то в последующем на первый план выступили маниакальный аффект со стремлением к деятельности и общению с людьми. Была суетлива: то стремилась помочь больным, то предлагала свои услуги персоналу, наводила порядок среди больных, делала замечания. Вместе с тем при свидании с сестрой отказывалась от родства с ней, кричала, что это не её сестра, а сестра врача. Однажды сказала, что её брат жив и находится где-то в больнице. Злобно относилась к одной из пациенток, настраивала против неё других больных. Постепенно возбуждение и злобность спали. Была деятельна, многоречива; временами становилась более спокойной и упорядоченной, охотно работала, всегда была чем-нибудь занята. Говорила, что любит «находиться среди раздражителей», — они не дают застаиваться её мыслям. Отмечалась крайняя отвлекаемость. Появилась переоценка собственной личности, не слушала врача, пыталась всё время говорить, сама легко возбуждалась и раздражалась. За все одиннадцать месяцев пребывания в клинике улучшения не наступило; выписана сестрой вопреки советам врача.

Дома возбуждение усилилось, говорила без умолку, нарастали раздражительность и злобность; через месяц снова была помещена в психиатрическую больницу, где пробыла около месяца в состоянии возбуждения, выписана по настоянию сестры. Через две недели опять стационирована в больницу, где отмечалось резкое психомоторное возбуждение с бессвязной речью, недоступностью, злобностью и раздражительностью. Перед стационированием дома

поссорилась с соседкой, выбежала полуголой на улицу, где вела себя неправильно, была задержана милицией. В больнице контакту недоступна, речевое возбуждение сменялось кратковременными периодами моторной заторможенности, когда лежала с закрытыми глазами, отмечались мутизм и негативизм. Проведено пять сеансов ЭСТ. Состояние больной улучшилось: стала менее суетливой и многоречивой; вместе с тем постоянно отмечала различные недостатки в больнице. Критика к болезни отсутствовала.

Вскоре вновь возникла вспышка психомоторного возбуждения. Лечение было продолжено. Стала спокойнее, выписана вопреки совету врача.

Дома состояние больной спустя короткое время выровнялось, и (после 1,5 лет болезни) она стала такой же, как прежде. Устроилась инженером в лабораторию, с работой справлялась хорошо, считалась творческим работником. Снова выявился широкий круг разносторонних интересов, хотя стала ещё более одинокой. Имела только одну знакомую (такую же замкнутую, как и сама больная). К себе домой никого не приглашала. Если у отца были гости, избегала встреч с ними. Постоянно говорила о людской несправедливости, иногда была резкой и грубой, временами высказывала мысли, что к ней плохо относятся на работе. Вместе с тем десять лет проработала на одном месте.

В возрасте сорока восьми лет познакомилась с мужчиной. Проявила огромную энергию для устройства совместной жизни. Однако вскоре этот мужчина умер. К его смерти отнеслась безразлично, на похоронах не была, никогда в разговоре его не упоминала. Перешла на работу в научно-исследовательский институт. Быстро зарекомендовала себя положительно. Проявляла широкий кругозор: к ней можно было обратиться с любым вопросом и получить исчерпывающий ответ, её называли «ходячей энциклопедией». Несмотря на её сварливость, постоянные поучения, к ней относились хорошо. Своим внешним видом и поведением вызывала недоумение у сотрудников. Будучи материально обеспеченной, одевалась очень небрежно, много лет ходила в одном и том же костюме. Никогда и ни с кем не вела разговоров, кроме как о работе. Во время обеденного перерыва всегда куда-то убегала и съедала свою еду в стороне от других. Беспощадно боролась с праздными разговорами, называя их «преступлением».

В последние годы всюду ходила одна, но круг интересов оставался прежним: не пропускала ни одной премьеры, посещала все лекции по кибернетике, радиоэлектронике, медицине и др. Знала всех видных учёных. Однако домашним бытом не интересовалась, приходила домой лишь спать.

По словам сестры, комната больной находилась в антисанитарном состоянии, и если сестра не наведёт в ней порядок, то сама

больная этого никогда не сделает. С соседями Х. совершенно не общалась, жила отшельницей. К жизни не была приспособлена. Совсем не делилась с сестрой своими планами и мыслями, например, не говорила ей, когда едет в отпуск. Отпуск проводила безалаберно, уступала другим сотрудникам летние месяцы, оставляя себе позднюю осень.

Не проявляла никакой заботы по отношению к сестре, ни разу даже не навестила её, хотя знала, что та длительное время тяжело болела. Объясняет это тем, что так как она сама предпочитает переносить трудности одна, не требуя ни от кого помощи, то и другие не должны требовать ни от кого поддержки. Говорит, что у неё «нет заботливых чувств».

В конце прошлого года больная поехала отдыхать на юг и там вновь заболела (вторая вспышка через 19 лет после первой). Заболевание началось остро. Показалось, что за ней следят. Уехала с юга, вернулась домой возбуждённой, беспокойной, осунувшейся. Почему-то сказала сестре, что была в командировке в Варшаве. Ходила по улицам, озираясь; просила сестру проводить её на работу. Сказала, что одна из сотрудниц на её работе, наверное, шпионка, так как угостила её рыбой из Франции. Боялась выходить из дома. Однако с работой не только продолжала справляться, но и сумела в течение месяца выполнить объём работы за весь квартал. Стала суетливой, подвижной, многоречивой. Накануне стационирования куда-то исчезла. Сестра разыскивала её с помощью милиции. Через неделю сама вернулась домой в неузнаваемом виде — грязная, оборванная, голодная. Сообщила, что ездила в Киев, но не объяснила, с какой целью. У сестры легла спать, не раздеваясь; ночью всё время подбегала к двери, затем обессиленная уснула. Проспала три дня. Была стационирована в больницу.

В отделении подвижна, суетлива, многоречива. Глаза блестят, лицо гиперемировано. По мере продолжения беседы говорит всё громче и быстрее, выражая своё недовольство стационированием. Разговаривает раздражённым тоном, отказывается сообщать какие-либо сведения о себе. Заявляет, что если врач интересуется ею, то может всё узнать у родственников или в старой истории болезни. По её мнению, она здорова, как никогда, и если признаком болезни считать её говорливость, то «надо всех говорливых отправлять в психиатрические больницы». Приводит следующий аргумент: если сестра принимает за болезнь её нежелание работать в коллективе стяжателей, людей, думающих лишь о своём благополучии, а не о повышении квалификации, тогда сестра права. Говорит, что не собирается лечиться, так как боится потерять свою энергию, колоссальную трудоспособность и умственную силу, ведь тогда она не сможет читать по восемь газет и три журнала в день, а также посещать все интересующие её лекции. Отмечает, что интересует

её всегда многое: в частности, она хочет слушать лекции Опарина, Берга и других видных учёных; никто этого права у неё не может отнять. Удивлена, как врач может быть не в курсе, что недавно в университете читалась лекция о применении кибернетики в медицине. Утверждает, что не стесняется «ярлыка психиатрической больницы», что это обогатило её ещё во время первого пребывания, и теперь она вынесет массу впечатлений. Сожалеет, что врач в приёмном покое не разобрался в её состоянии и поместил в больницу. Заявляет, что когда она выпишется, то тот врач должен будет краснеть при встрече с ней. Считает, что «вообще врачам надо больше смотреть пьес, где показывается психиатрический быт».

Держится с чувством собственного достоинства и превосходства. Часто с пафосом произносит обличительные речи, подмечает недостатки в работе отделения. Иногда во время беседы настороженно оглядывается; как-то при этом спросила у врача, не кажется ли ему, что их беседу могут «зафиксировать и заснять, чтобы показать по телевизору». Пытается доказать, что в ряде учреждений «такие установки» используются, но тут же с поспешностью добавляет, что уверена, будто это у неё «бред и галлюцинации». Временами добродушна, однако чаще раздражительна и беспощадна в своём обличении. В курсе всех событий, происходящих в отделении; избирательно общается с больными, ведёт с ними длинные беседы, а потóм сообщает врачу, что после её бесед больные поправляются. Выраженной моторной реакции не отмечается. Много читает. С врачом держится подчёркнуто вежливо, однако никаких сведений о себе не сообщает. Считает некорректным то, что врач уже несколько раз возобновляет разговор о её биографии, когда она ясно даёт понять, что это её не устраивает. От лечения отказывается. Остаётся недоступной. Продолжает быть подозрительной, бросает фразы типа: «А Вы разве станете отрицать, что за нами никто не наблюдает?» Вносит ряд предложений по системе обслуживания. Полагает, что в наш век электроники техника в медицине должна применяться гораздо шире. Отказалась от ЭЭГ-обследования, пояснив, что её мозг находится под особым контролем, что она принимает участие в «сложном эксперименте биологической радиосвязи».

Начала получать стелазин. Через две недели стала менее раздражительной. Ведёт светский разговор, упорно избегая затрагивать тему болезни, по-прежнему считает себя здоровой. Через две недели стала чаще упоминать о кибернетике, радиосвязи. С улыбкой сообщила, что в отделении происходят «интересные вещи»: стоило ей утром захотеть фасолевого супа, как на обед оказался именно он. Не считает это случайностью. Заявила, что мир скоро увидит опубликованную работу, которая проводится ею совместно со специалистами.

Как только несколько улучшилось состояние больной, она сама изъявила желание рассказать врачу о необычных вещах, которые с ней происходят. Ещё осенью, будучи на курорте, она внезапно поняла, что оказалась включённой в цепь экспериментов. С тех пор она себе больше не принадлежит, её действиями и желаниями руководит какой-то центр. Раньше она не могла об этом говорить, теперь же поняла, что настало время разглашения тайны: «Раз появилось желание, значит дано разрешение». Почему именно её включили в эксперимент, а не кого-то другого, видимо, объясняется индивидуальными качествами её мозга, который подвижен; сама же она достаточно интеллектуальный человек с многогранными интересами, а именно это и нужно для эксперимента. За семь дней, по условиям задания, она, по её словам, пережила период, по насыщенности эмоций равный не менее чем двум-трём годам жизни. Кроме того, за это короткое время ей привили все существующие психические болезни; к тому же имели место периоды, когда её психическое состояние было перенесено на других больных. Отмечает, что все события, которые происходили с ней с момента отпуска на юге, являлись не случайными, а намеренными. Все последующие события также развивались по строго продуманной системе. Всё было разыграно «как по нотам», начиная с её поездки на юг. Поясняет, что совершенно не собиралась ехать в Сухуми, но вдруг помимо своей воли поехала на вокзал и купила билет именно до Сухуми. Её разговор в санатории, который был связан с ватой, находившейся у неё в сумке, тоже произошёл неспроста, это был намёк на её необычную энергию, ведь ватт — это единица измерения мощности. По возвращении в Москву имела место история с Домом учёных, которая также была разыграна: со второго этажа ей специально сбросили пригласительный билет, тогда как раньше пропускали без пропуска, а это означало, что она должна ехать к себе «домой на Ордынку-Солянку»; «упомянули ещё имя соседки». Рассказала, что в перерыве больная шумно приветствовала конферансье за его хорошие выступления, но оба они прекрасно понимали, о чём шла речь. По дороге домой замечала, что её охраняла милиция, и она была благодарна за это. Видела, как по дороге её приветствовали люди «шапочками по-особому».

Сообщила, что затем «по приказу» она уехала в Киев, где семь дней ничего не ела: «Так было нужно, видимо, еда влияет на психику». В купе «якобы случайно» она встретилась с венгром; [это значит, что] основным участником «эксперимента» является Венгрия. И в больнице она находится, по её словам, потому, что «так надо». Более подробно об «экспериментах» не рассказала, так как «для этого нужна соответствующая обстановка». Заявила, что ей, видимо, придётся пото́м поехать в Венгрию.

Добавила полуиронически-полушутливо: «Вот труд». Пояснила: инструктор не доверил ей клеить папки, а учёный доверил ей свой научный труд, не побоялся с ней разделить славу.

Со стороны соматики — начальные явления атеросклероза, транзиторная гипертония.

(Входит больная.)

— *Вы сейчас имеете возможность обратиться сразу ко всем психиатрам.*

— Да что Вы говорите! Если у нас так мало психиатров, то это очень приятно.

— *Как Ваше здоровье?*

— Здоровье у меня очень хорошее сейчас. Я бы хотела, чтобы это слышали от меня все окружающие здесь.

— *Что можете сказать о пребывании у нас?*

— Я могу сказать, что дисциплина на очень низком уровне, медицинские сёстры либо не понимают своих обязанностей, потому что они ведут себя несколько не так: приходят, сидят, особенно в наблюдательных палатах, смотрят неизвестно на что, о чём-то думают, во всяком случае, даже не знают, на какой кровати лежит та или иная больная. Придёт медсестра, встанет посередине палаты и спрашивает: «Где такая-то больная?» Я лежу, все молчат. К сожалению, я не могу ответить, потому что не интересуюсь формой, меня интересуют больные как личность, с ними интереснее поговорить. Я даже думала какое-нибудь заболевание найти в самой себе, как-нибудь заболеть чем-нибудь, чтобы дольше полежать. Очень интересно было вначале. Оказывается, достаточно один месяц полежать в беспокойной палате — не знаю, почему я подобное впечатление произвела, потому что на меня не обращали внимания. Пото́м задала вопрос лечащему врачу: «Если привезли в больницу для того, чтобы не замечать меня, тогда моё местонахождение правильно, а если привезли для того, чтобы лечить, тогда на другой день перевели бы в другое отделение, за что я очень была бы благодарна».

— *Помогла Вам больница?*

— Да. Я считаю, что каждому человеку не мешает побыть здесь. Теперь все очень нервные. Я не говорю обо всём мире, но почти каждому человеку земного шара не мешает принимать некоторое лекарство, потому что оно уравновешивает человека, делает менее раздражительным. Я говорю врачу, что она нашла правильное лечение таких сверхтяжело больных, как я. Я считаю, что это большой плюс. Она могла назначить какой-то ужасный укол. Я решила, что поскольку я работаю в какой-то обстановке коллективной, испытывают меня на раздражение, почему

не воспользоваться любезностью врача, которая согласилась меня лечить, тратить эти современные лекарства на таких почти здоровых людей. Это почти политический момент. Правильно?

— *Вам необходимо было лечиться в больнице?*
— Это очень трудный вопрос, потому что я не знаю, нужно ли сюда лечь, потому что те обязательства, которые хотели выявить на работе, не помогли. Но не знаю, именно потому, что легла в больницу, а дома почти не была. На этот вопрос я не смогу ответить — нужно или не нужно? Но стелазин я в другом месте не получила бы. Так что есть какой-то плюс с этой точки зрения.

— *Необычных ощущений, переживаний не было у Вас перед поступлением в больницу?*
— Нет. У меня было такое состояние: если меня везут, надо ехать, потому что могу вызвать агрессивное состояние у тех, которые везут, надо будет тогда трёх больных везти в больницу.

— *Особых переживаний не было?*
— Как человек, я очень люблю всё новое, хотела посмотреть, а как у нас в таких больницах? Они определяют здоровье научных работников, которые нам очень нужны.

— *Похоже было Ваше состояние в этот раз и прежде?*
— Я не хочу вспоминать, потому что не понимаю, почему я стала больна. Тут есть некоторые нарушения, о которых я не могу говорить, но в своё время Вам станет ясно. Тут есть некоторые…

— *Кибернетическое?*
— Нет, связанное с некоторыми научными исследованиями.

— *С воздействием?*
— С некоторыми научными исследованиями. Это не бред, а истина. А вообще это…

— *Влияние на других, передача мыслей?*
— Разумные мысли надо передавать. Профессор говорил: «Вы логично мыслите, но убеждать других логично мыслить — это безнадёжное дело». По законам логики надо жить, но других учить — он считает, что это бесполезно, не знаю почему.

— *Какие планы у Вас на будущее?*
— Каждый человек, который работает, хочет выполнить план. А кроме того, конечно, мне бы хотелось, чтобы кибернетика была на службе психиатрии.

— *Это помогло бы?*
— Да.

— *В каком отношении?*
— Я не совсем знаю: все присутствующие здесь пошли по призванию?

— *По призванию.*

— Это очень важно. По тому, как врачи разговаривают с больными в отделении, у меня впечатление, что они не все с удовольствием разговаривают. Может быть, у них времени нет, это другой вопрос, но другие нашли бы время. Может быть, если бы я не видела работу, у меня бы не было таких мыслей. Но если я видела работу врачей, которые могут не уйти из клиники, ночью разговаривают с беспокойной больной, и больная успокаивается, и не надо никаких ванн, никаких лекарств. Я не могу сказать обо всех, но с некоторыми приходилось сталкиваться и мне было очень обидно, потому что если психиатр пошёл не по призванию... терапевт — как-то обойдётся, а в психиатрии надо, чтобы пошли с тонким интеллектом, понимали психологию людей. Если терапевт не знает, — не так важно, а врачи-психиатры должны знать жизнь во всех её проявлениях, красоту жизни, внушить эту красоту больным. Это сложнейшая профессия, с моей точки зрения.

— *Спасибо.*

(Больная уходит.)

Состояние больной в настоящее время маниакальное с некоторой экзальтацией и временами с разорванностью речи. Больная довольно доступна. В течение жизни она переносит второй однотипный приступ. Но развитие её заболевания и клиническая картина далеко не полностью совпадают с таковыми при периодической шизофрении.

Почти с детства у больной обнаруживаются изменения личности гораздо бóльшие, чем глубоко шизоидные, скорее идентичные изменениям при вялотекущей шизофрении. В течение всей жизни больная была странной, чудаковатой, выраженной аутисткой, эмоционально холодной. Помимо этого у неё всегда обнаруживались элементы паранойяльности. Она постоянно ригидно боролась за торжество справедливости, отличалась чрезмерной странной педантичностью. Её широкий кругозор, разнообразие интересов имели характер скорее гиперактивности, а не эмоциональности. Вместе с тем перечисленные особенности были почти непрогредиентными. Каким у неё характер сложился в юношеском возрасте, таким остаётся и теперь. По своему общему виду приступы психоза у нашей больной сходны с приступами периодической шизофрении.

Два приступа психоза у больной протекали сравнительно непродолжительное время. Клиническая картина их складывалась из маниакального аффекта, кататонического возбуждения, отдельных явлений психического автоматизма и бреда. Но развитие периодической шизофрении должно происходить с последовательной закономерностью. Первоначально возникают аффективные расстройства, затем — образный бред с фрагментами психического автоматизма, в дальнейшем — фантастический бред, онейроид и кататонические расстройства. Если пользоваться терминологией *С. и О. Фогтов*, развитие приступов периодической шизофрении должно происходить экономически, то есть с последовательной закономерностью. Такой последовательности в развитии приступа у нашей больной нет. Первоначально, при развитии первого приступа, у неё возникло кататоническое возбуждение, а затем уже — маниакальное состояние. Следовательно, здесь стереотипа, характерного для приступов периодической шизофрении, не было. Такое же нарушение последовательности обнаруживается и во втором приступе: болезнь началась с бреда воздействия, психических автоматизмов, а в конце приступа возникло маниакальное состояние.

Такое не экономическое, а метаболическое, то есть непоследовательное, развитие расстройств в приступе характерно именно для подобного рода форм шизофрении.

Таким образом, в отличие от типической периодической шизофрении при описываемой сейчас форме обнаруживаются постоянно существующие, возникающие почти с детства, изменения личности типа глубокой шизоидии, [подобные изменениям, характерным для] вялопротекающей шизофрении или постоянной паранойяльности, как правило, безо всякой прогредиентности. На фоне подобного типа постоянных изменений периодически возникают приступы психоза с картиной, схожей с периодической шизофренией. Но если при периодической шизофрении первые приступы кончаются глубокой ремиссией или полной интермиссией, то у описываемых больных после приступов обнаруживаются всё те же глубокие изменения личности, какие имелись у них и до приступа.

Подобное заболевание первоначально было описано *В. Маньяном.* Оно им относилось к дегенеративным психозам.

Сравнивая эти психозы с периодическими, возникающими у дегенератов, *Г. Шюле* писал: «...тогда, как и здесь, психоз начинается и кончается бурно, но там существует наклонность к выздоровлению, здесь же остаётся невротическая конституция».

То же самое обнаруживается и у разбираемой больной. В отличие от периодической шизофрении приступы у неё кончаются не ремиссией или интермиссией, а свойственным ей почти с детства глубоким психопатоподобным состоянием. Процент болеющих шизофренией ближайших родственников (родители, братья, сёстры) у таких больных самый высокий по сравнению с больными прогредиентной и периодической шизофренией. Процент совпадения форм шизофрении среди ближайших родственников тоже самый высокий.

Изложенные особенности клиники и течения этой разновидности шизофрении, указывающие на значительные отклонения в её патогенезе, как по сравнению с прогредиентной шизофренией, так и периодической, ставят её в положение самостоятельной формы. В своё время *Г. Шюле* по этому поводу говорил: «Быть может, в физиологической классификации будущего удастся уложить эти антропологически видоизменённые меланхолии и мании в один ряд с другими психозами. В настоящее время, руководствуясь клиническими принципами, мы должны отнести их в отдельное место». У такого рода форм нет общепринятого названия. Согласиться с прежним названием «дегенеративная» невозможно — оснований для утверждения «о вырождении» здесь нет. Не говоря уже о том, что обозначение «дегенеративная» вытекает не из клинического своеобразия, а из этиологии и патогенеза, ещё совершенно неизвестных. «Семейная» тоже не подходит: «семейными» бывают и пролонгированные, и периодические шизофрении. Атипическими, смешанными называют все периодические шизофрении. Лучше подходит название «промежуточная», как находящаяся между прогредиентной и периодической. Ещё лучше «легированная», то есть «сплавленная». Правда, некоторые авторы так называют тоже всю периодическую шизофрению. Обозначение «сплавленная», «соединённая» наиболее полно отражает её клинику, в которой обнаруживаются постоянные изменения, свойственные про-

гредиентной шизофрении (психопатоподобные, аналогичные изменениям при вялотекущей шизофрении, или паранойяльные), и приступы, совпадающие по картине с периодической шизофренией.

В соответствии с нашим ростом знаний особенностей этой формы она обнаруживается гораздо чаще.

Больной Т., 23 года

Дед по линии матери был странным, «заговаривался», совершал необычные поступки, никак их не объяснял. Однажды внезапно стал душить нашего больного. Мать эгоистичная, всегда делала так, как хотелось ей; плаксива, вспыльчива. Не могла сказать правду в глаза. Часто ссорилась с соседями и родственниками.

В настоящее время стационирована в психиатрическую больницу. Четыре тётки по линии матери постоянно лечатся у невропатологов. По характеру раздражительные, вспыльчивые. Двоюродный брат больного странный, «философ», нигде не работает.

Т. родился в срок, в детстве перенёс рахит. По характеру был застенчив, стеснителен, отличался медлительностью. Не любил шумных игр, стеснялся девочек, играл только с мальчиками. Ещё в дошкольном возрасте стал задумываться над проблемами мироздания, считал, что везде пустота, всё далеко, непостижимо. В такие моменты ему становилось жутко. Представлял себе Галактику как будто со стороны. Такие состояния длились по несколько минут, пото́м забывал, никому о них не рассказывал. В семь-восемь лет приходила мысль, что нужно прожить «не простым смертным». При этом появлялись «радужные надежды и ликование в груди». Подобные состояния возникали часто, несколько раз в месяц. Временами кому-либо из товарищей что-то доверял, но вскоре жалел об этом. Во время разговора с ребятами часто сочинял неправдоподобные истории, объяснял это тем, что не хотел отставать от товарищей.

Всегда стремился к самостоятельности; был нетерпелив; если что-то не получалось, бросал. В школе с семи лет, учился хорошо. Лет с 11—12 стал учиться хуже, мало уделял внимания урокам. Стыдился родных из-за своих плохих отметок. Был впечатлительным. Настроение на короткие периоды понижалось. В шестом классе получил переэкзаменовку на осень, но было лень заниматься и поэтому остался на второй год. В школе с ребятами не дружил. В классе часто ссорился, старался держаться подальше от одноклассников. Родственниками был переведён в другую школу, где успевал неровно; если заинтересовывался каким-нибудь предметом, то учил его, получал четыре и пять, а затем остывал. В шестом классе

увлекался радиотехникой, мастерил радиоприёмники, часто крал у матери деньги на покупку деталей. Сконструировал приёмник, за который получил значок «Юного техника», но вскоре и это занятие надоело.

В 16 лет стал вновь задумываться над смыслом жизни, много размышлял, но к определённому мнению не приходил. Интерес к философским проблемам не оставлял и в последующие годы. Сопоставлял всё виденное им, «открывал много самых различных истин». Самостоятельно открыл, что жизнь состоит из борьбы, противоречий, а потом прочёл об этом в книгах по философии. Своими мыслями делился с немногими избранными товарищами, обычно старше его по возрасту, но больше всего с двоюродным братом, которого всегда считал очень умным. Собеседникам нравилась логичность его рассуждений, не раз слышал похвалы по этому поводу. Решил стать писателем, считал, что у него это получится. Пришёл к выводу, что для этого он должен узнать жизнь во всем её разнообразии, как поступали все «крупные писатели».

Шестнадцати лет, оставив школу перед самыми экзаменами, решил идти работать. Устроился на завод учеником слесаря. С работой справлялся, но окружающая обстановка не нравилась. Обнаружил много несправедливостей. Считал, что все формально относятся к работе. Настроение было плохое, угнетённое, не хотелось ничего делать, появились мысли, что не стоит жить. Сколько времени это продолжалось, сказать затрудняется, но отмечает, что после 16 лет у него начались заметные колебания настроения. Бывали периоды подавленного и повышенного настроения, имели место также состояния без выраженного изменения настроения. И в подавленном, и в повышенном настроении ему были свойственны самоанализ и самобичевание.

Пытался учиться в вечерней школе, но бросил, так как испытывал трудности. Перешёл работать слесарем на автозавод. Настроение выровнялось. С тех пор сменил много мест работы: почти везде видел много несправедливостей, «не привык молчать об этом», был принципиален, прямолинеен. Никогда не скрывал своего мнения о мастерах, им в глаза говорил об их недостатках. Ссорился с рабочими, если считал, что они поступают неправильно. Менял места работы также для того, чтобы «по-настоящему изучить жизнь», постоянно искал смысл жизни, отмечалось непостоянство интересов, однако основной интерес сохранялся, а именно: задумывался над тем, как сделать отношения между людьми «красивыми», пытался проникнуть в смысл этих взаимоотношений. Понимал, что они не такие, какими бы он хотел их видеть: многим не хватает естественности, существует множество условностей. Пытаясь найти смысл жизни, стал читать книги из серии «Жизнь замечательных людей»,

Мопассана, Лондона, Бальзака, Вольтера; сравнивал описания этих писателей с настоящим временем, находил много общего. Пробовал читать сочинения Маркса, но плохо их понимал. Часто думал о будущем общества, «логически фантазировал» на данную тему. Эти фантазии шли параллельно с мыслями о реальной жизни, зависели от его воли. Пытался обсуждать вопрос о смысле жизни с товарищами и знакомыми. Выпивал на заводе с рабочими, однако по работе всё старался делать хорошо.

В 20 лет был призван в армию.

С первых же дней было трудно нести службу, но старался не отставать от других. В свободное от службы время «открывал философские истины», свои мысли излагал в письмах двоюродному брату-«философу», писал ему даже стихи. Путём «тщательного анализа и размышлений» пришёл к выводу, что, в конечном счёте, всё, что происходит в жизни, правильно. Пытался понять сущность государственной армии, видел в ней много противоречий, был огорчён этим. Старался сам быть дисциплинированным, замечал много недостатков в других, из-за чего часто происходили ссоры. На душе было тяжело, среди окружающих чувствовал себя одиноко, ничего не хотелось делать, с трудом поднимался по утрам. Заставлял себя выполнять работу, нести службу. Плохо спал ночами, часто думал о доме. Вспоминал о матери, жалел о том, что грубил ей раньше. Однажды ушёл в самовольную отлучку, за что был наказан, чем был доволен, так как думал, что если его посадят в тюрьму, то он лучше узнает жизнь, пополнит свои наблюдения. Настроение было подавленным, не хотелось идти на службу, свои обязанности выполнял через силу.

Часто ощущал «горение» в груди. Настроение ещё более ухудшилось, размышления об истине, смысле жизни, государственном устройстве сделались непроизвольными, нередко шли потоком, временами мысли в голове путались. Иногда появлялся страх того, что он может умереть. В теле ощущал «отягощение», испытывал давление в сердце. Был направлен в госпиталь. По дороге прощался с жизнью. В госпитале почувствовал, что сердце увеличено, затем ощутил сильную слабость. В голове возник мысленный голос, «не звучащий», внушённый ему, сообщавший, что он должен бороться за мир, предотвратить третью мировую войну. Настроение улучшилось, почувствовал в себе прилив сил, понял, что он велик, любая область науки и любая деятельность ему доступны. Повышенное настроение длилось около двух недель. Затем настроение опять понизилось. После консультации психиатра был уволен из армии.

По приезде домой был груб с матерью, раздражали её вопросы, испытывал сильную тревогу, болело сердце, появилась назойливая мысль о том, что он должен вспомнить имя соседа, иначе долго

не проживёт. Через несколько часов вспомнил это имя, но тут же возникла другая подобная мысль; сопоставлял дела людей с их характерами. Делал это против воли. Сравнивал людей и мысленно видел, что они звери, наяву же видел, что они люди. Однажды стал заявлять, что он удав, видел, как у него меняется блеск глаз, и что окружающие смотрят на него пугливо. Форму своей головы ощущал похожей на змеиную. Хотел отвлечься, отогнать эти мысли, думал, что всё это сделано при помощи радиотехники. Пото́м стал ощущать себя «прибором»; казалось, что его «мысли через глаза управляют людьми». Старался отогнать мысль, что он аппарат. Внутри постоянно чувствовал борьбу и желание отогнать навязчивые мысли, вспоминал их как не свои, но они вновь появлялись, как будто под воздействием чужой воли.

Через некоторое время устроился на завод. Настроение оставалось тяжёлым, угнетённым. Месяца через два стал замечать, что люди опасаются его. Видел это по выражению их лиц, поступкам. Считал, что его не понимают, когда он излагает свои взгляды. Стал замечать, что над ним смеются, подшучивают. Казалось, что только сто́ит о чём-то подумать, как тут же его мысли повторяют. В дальнейшем, в течение года, состояние было ровным, обычным.

Полгода назад появился страх, что его могут наказать за разоблачение в цеху, так как он постоянно говорил о неполадках. Рабочие в завуалированных фразах говорили ему о возможных последствиях; понимал, что эти фразы относятся к нему. В голове было много мыслей, которые путались, возникали параллельно. Временами слышал как в его адрес бросали презрительные слова: «телёнок», «алкоголик», «гениальность».

Настроение было подавленным, возникала сильная тоска, находился в «душной атмосфере». Появлялся страх, что может сойти с ума или что с ним случится что-то плохое. Стал считать себя «чудовищем», потому что «боролся с собой внутри себя». Беспокоили тяжесть и давление в груди, как будто кто-то «вливал холод». Сам обратился к психиатру и был помещён в больницу.

При поступлении держался спокойно, подолгу беседовал с тяжёлыми больными. Во время беседы много рассуждал, детально передавал «факты» несправедливости, которые «ещё имеют место в жизни», подозрительно относился ко всем расспросам врача. Первое время настроение было подавленным.

Через несколько дней настроение повысилось, чувствовал подъём. В последующие дни стал напряжённым; на вопросы врача отвечал грубо, односложно: типа «конечно, конечно». Заявлял, что разговаривать не желает. Временами становился возбуждённым, громко смеялся, пел, выкрикивал нецензурные слова, заявлял что «Та-

бак» — это его кличка. Громко кричал, что у него «есть слово», и раз оно у него появляется в голове, то «насилия не должно быть».

Затем внезапно стал тревожным, подозрительным; настороженно заявил врачу, что его подозревают, за ним следят.

Настроение неустойчивое; с трудом может сосредоточиться; мысли путаются, происходят наплывы; кажется, что «здесь разыгрываются какие-то сцены», «всё делается со значением», что больные к нему как-то особенно относятся, делают знаки, переговариваются о нём.

С переводом в другое отделение утверждал, что врач — шпион, что среди больных также есть шпионы, агенты американской разведки. Заявлял, будто часть сотрудников вела наблюдение за этими агентами, сам же он должен тщательно скрывать свою профессию. По взглядам и жестам некоторых больных догадывался, что ему надо делать. Объяснял, что врача также принял за «агента капитализма», поэтому ничего не хотел ему говорить. Замечал это по особым знакам. Затем всё внезапно прошло. Однажды утром проснулся и понял, что «это» ему казалось, было проявлением болезни. В течение последующего месяца состояние оставалось однообразным. С критикой относился к перенесённому заболеванию. Был выписан. При выписке настроение ровное.

Работал, находился на поддерживающей терапии. Через две недели настроение ухудшилось, появилась тоска, на душе было тяжело, плохо спал, не мог работать. Согласился лечь в больницу.

При поступлении настроение подавленное, ощущал тяжесть в груди — «не продохнёшь». Жалуется на то, что в голове нет никаких мыслей. Иногда думает, что он неспособный, никчёмный, «хуже всех», не заслуживает хорошего отношения к себе. Бывает так тяжело, что не хочется жить.

В последующие дни настроение неустойчивое: когда на один-два дня оно повышается, считает себя гениальным, кажется, что может со всем справиться. Видит сны о контрразведке, себя — участником этих событий. Временами возникают навязчивые воспоминания о прошлом. Пытается с ними бороться. Настроение остаётся преимущественно пониженным; считает, что он отупел, «растерял свои способности». Говорит, что у него неопределённое состояние, он не чувствует себя хуже; временами появляется тоска, примерно в течение часа ощущает её как «одинокость», отдалённость от других людей; окружающее при этом физически отдаляется.

Себя чувствует как бы отгороженным ото всего, плохо понимает разговоры окружающих.

О перенесённом в прошлом болезненном состоянии говорит неохотно. Вспоминает, что считал себя тогда новым вождём, пото́м — Чернышевским. С удовольствием рассказывает о своих

мыслях, рассуждениях — «смысле жизненных истин». Сожалеет, что уничтожены письма к брату-«философу», в которых «было много интересного», упоминались какие-то новые философские проблемы. Отмечает, что в будущем собирается серьёзно изучать философию. Держится в стороне от других больных. Находится в санаторном отделении. Просит выписать его домой.

(Входит больной.)

— *Как теперь себя чувствуете?*
— Хорошо.

— *Всё прошло?*
— Всё.

— *Тоскливости нет?*
— Нет.

— *Она в этот раз недолго у Вас держалась?*
— В этот раз, пожалуй, столько же.

— *С чем можно сравнить Ваши фантазии, когда себя чувствовали гениальным, новым вождём и т. д. — с грёзами или со сновидениями?*
— По-моему, это фантазии.

— *Они сопровождались приподнятым состоянием, почти экстазом?*
— Не совсем экстазом, но, во всяком случае, приподнятое настроение было. Я прочитал в армии «Основы философских знаний» и то, что вычитал оттуда, переработал в конкретной реальной обстановке; рассуждал так, что те вещи, которые я прочитал в этой книге [реальны] и представлял [их] вокруг себя.

— *Как это происходило?*
— Я именно сопоставлял, анализировал в соответствии с теми знаниями, которые получил. Они были, конечно, неправильными, исковерканными, нетрезвыми. Я задал себе вопрос: может ли человек параллельно мыслить? И пока ещё не ответил на него.

— *Галлюцинаций слуховых не было?*
— Слуховых не было.

— *А какие были?*
— Если можно назвать галлюцинациями: я, когда первый раз встал на пост, видел огонь вдалеке — он как будто приближался. Я думал — проверяющий дежурный идёт проверять пост. Я вскинул автомат, приготовился стрелять: «Стой, кто идёт?» Никто не откликнулся, а огонь приближался. Я несколько раз: «Стой, кто идёт?» Никого. Я тряхнул головой — огонёк оказался далеко в горах.

— *Вы всегда чувствовали себя одиноким?*
— Я чувствовал себя абсолютно одиноким, не мог делиться мыслями.

— *Что мешало?*
— Я думал, что превратно поймут, неправильно поймут или будут смеяться.

— *И делились только с двоюродным братом?*
— С двоюродным братом и до армии, и после армии делился сокровенными мыслями.

— *Какого характера у Вас пониженное настроение?*
— Это, по-моему, оттого, что я всегда пытался понять смысл жизни, истины и многое другое; мне не удаётся, и это вызывает у меня такое меланхолическое настроение.

— *А когда повышенное настроение, почти восторг — что вызывает?*
— Мир состоит из противоречий. Но я нигде не читал об этом. В армии я сопоставлял поведение солдат, офицеров. И сделал вывод, что мир состоит из противоречий. А потом прочёл в книге, что это действительно так.

— *Это привело Вас в восторженное состояние?*
— В восторг.

— *Вы себя считаете человеком всё же незаурядным?*
— Я бы не сказал так… И не из-за скромности, а я действительно… Но, во всяком случае, способный.

— *То, что было в госпитале, в больнице — это болезнь или нет? Как Вы сами определяете?*
— Это болезнь.

— *Неприятно о ней вспоминать?*
— Неприятно.

— *Какие у Вас планы на будущее?*
— Сейчас — работать, учиться.

— *Учиться где думаете?*
— Философии.

— *А Вы подготовлены?*
— Да, я так считаю, легко подготовлюсь.

— *Что же, подготавливайтесь, больше не болейте.*
— Спасибо.

(Больной уходит.)

Заболевание этого больного также относится к промежуточной, легированной форме шизофрении. У него очень

давно, также почти с детства, обнаружились изменения личности, такие же, как у предыдущей больной, — круга глубоко шизоидного, психопатоподобного, с чертами если не паранойяльности, то, во всяком случае, сверхценности. В такого рода изменениях явной прогрессивности тоже не обнаруживалось.

Два приступа острого психоза протекали с картиной, свойственной периодической шизофрении: расстройство аффекта, грандиозный бред величия, фрагменты психического автоматизма, возбуждение, напоминающее кататоническое. Закономерной последовательности в развитии расстройств, свойственной периодической шизофрении, у него так же, как и у первой больной, не было. Наследственное отягощение, как и у первой больной, значительное.

Следует обратить внимание на выраженные явления ювенилизма у нашего больного. Они встречаются особенно часто при прогредиентной шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте, но также часто и при данной форме шизофрении.

В частности, к проявлениям ювенилизма относится, как уже неоднократно указывалось, и влечение к размышлениям, занятиям наиболее отвлечёнными проблемами (в утрированном виде это находит своё выражение в так называемой «философской интоксикации»). По *П. Жане*, то и другое представляет собой следствие слабости психической активности или, как теперь говорят, редукции энергетического потенциала. Последняя и создаёт трудности приспособления к реальной жизни, конкретным её обстоятельствам. Одержимость, [патологические] влечения, паранойяльность, сверхценные образования, часто наблюдаемые при подобного рода состояниях, по *И. П. Павлову*, также относятся к проявлениям слабости высшей нервной деятельности.

Таким образом, при современном уровне развития клинических знаний мы обнаруживаем в составе шизофрении три самостоятельных формы. Каждая из них развивается с присущим только ей последовательным видоизменением проявлений психического расстройства. Стереотип развития каждой из этих форм в зависимости от ряда условий реализуется различно, что и образует разнообразные типичные и инди-

видуальные варианты, присущие только ей одной. Стереотип п р о г р е д и е н т н о й шизофрении в юношеском возрасте часто реализуется в виде простой гебефренической прогредиентной шизофрении, в зрелом — параноидной.

Прогредиентная шизофрения может протекать в виде паранойяльной, деперсонализационной и т. п. Течение рекуррентной (возвратной, или периодической) шизофрении также происходит различно: в виде циркулярной, депрессивно-параноидной, онейроидной форм, острой парафрении и в каждом отдельном случае — с индивидуальными особенностями. Клиника легированной (сплавленной, соединённой, промежуточной) шизофрении также вариабельна. Различны у отдельных больных постоянные изменения (психопатоподобные, паранойяльные, упорные явления навязчивости), разнообразны приступы — с преобладанием кататонии, гебефренических явлений, симптомов психического автоматизма, острых парафренных, аффективных расстройств. Переход одних вариантов в другие внутри каждой из этих трёх форм обнаруживается нередко. Смена самостоятельных трёх форм у одного и того же больного не наблюдается. Она, по-видимому, полностью исключается. Вместе с тем всем трём самостоятельным формам свойствен общий диапазон позитивных синдромов, которыми они проявляются, — аффективные, галлюцинаторно-бредовые, кататонические.

Подобное взаимоотношение трёх форм указывает на значительное различие их патогенеза, различие — до границ нозологической самостоятельности, однако при рассмотрении этих же трёх самостоятельных форм в эволюционно-генетическом аспекте их самостоятельность, как уже упоминалось, становится относительной. У больных периодической шизофренией дети могут болеть прогредиентной формой данной болезни, у брата и сестры могут возникать различные формы. Правда, подобное соотношение устанавливается и между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. У больных, страдающих маниакально-депрессивным психозом, дети могут болеть шизофренией — как периодической, так и прогредиентной. Всё это усложняет наши нозологические исследования и говорит о необходимости ещё более тщательного всестороннего изучения, о недопустимо-

сти скороспелых, а тем более, предвзятых выводов и утверждений. Сложность нозологического разграничения обнаруживается и в ином направлении. Стереотип развития болезни от лёгких психопатоподобных изменений к паранойяльным, параноидно-галлюцинаторным [расстройствам], галлюцинозу, парафрении, конфабулёзу наблюдается и при некоторых протрагированно протекающих соматогенных психозах, органических психозах (так называемые промежуточные, или переходные синдромы).

Нередко у такого рода больных имеются родственники, болеющие шизофренией или страдающие тяжёлой шизоидной психопатией.

Правда, как негативные изменения (типа изъяна личности), так и позитивные у такого рода соматогенных больных обнаруживают специфические клинические особенности, присущие указанным заболеваниям. Но, говоря о схожести стереотипа развития шизофрении с таковым некоторых соматогенных и органических психозов, а также о схожести (хотя и на другом уровне) стереотипа развития прогредиентной и периодической шизофрении, мы переходим в другую область — область общих закономерностей развития психических расстройств, область общего учения о психических болезнях. «Науку интересует не только то, что специфично для отдельных видов материи или форм её движения, но и то, что является для них общим» (*Б. М. Кедров*). Учение об отдельных болезнях (нозология) в психиатрии в первое время развивалось по пути от общего к специфическому, отдельному. Общие закономерности развития психического расстройства в своих главных чертах были уловлены в первую очередь. Изначально в поисках естественных границ отдельных болезней были открыты общие закономерности нарушения психической деятельности, свойственные всем или многим психическим болезням. Отправляясь от них, создатели учения о едином психозе пытались обнаружить специфические проявления, свойственные отдельным болезням, естественным группам заболеваний. Они отнюдь не были антинозологистами. Направление и результаты их исследований зависят от исторических условий развития психиатрии и всего естествознания в целом. От общих закономерностей исходили и

последующие психиатры. Один из первых создателей психиатрической нозологии *К. Кальбаум* также отправляется от общих закономерностей. В данном случае — от возраста. Нозологические единицы психических болезней (*по К. Кальбауму*) были болезнями возраста — юношеского, зрелого, старческого.

Клинические проявления психозов выражают вовне расстройства деятельности головного мозга со всеми присущими ей закономерностями. Наряду со специфическими особенностями, зависящими от вида вредности, в явлениях и закономерностях развития нарушения деятельности головного мозга всегда сказывается целостность расстройства, общая для всех болезней.

Естественно, она особенно отчётливо видна при медленном развитии поражения головного мозга. При таком течении заболевания и выявляется последовательность расстройства отражения и приспособления к внешнему миру, свойственная всем психическим болезням. Это впервые и обнаружили представители учения о едином психозе. При медленно развивающемся расстройстве психической деятельности первоначально изменяется индивидуальность — само высшее психическое образование, личностное приспособление к внешнему миру. При углублении расстройства нарушается отношение к внешнему миру — приспособление к нему наших чувств (появляется депрессивный или маниакальный синдром).

Дальнейшее усиление расстройства приводит к большему нарушению отражения и приспособления, теперь уже в области внутренних связей явлений, вещей, причинных отношений реального мира: возникают паранойяльное состояние, явления навязчивости, ипохондрические [расстройства]. Последующее углубление поражения деятельности головного мозга влечёт за собой нарастающее уменьшение детерминации психической деятельности внешним объективным миром, она становится всё больше субъективно обусловленной. Наступает отчуждение психических процессов, возникают галлюцинации, псевдогаллюцинации, другие явления психического автоматизма, грёзоподобный бред, конфабулёз. Всё завершается почти полным отрешением от реального мира, почти полным отсут-

ствием приспособления к нему — кататоническими, адинамическими, апатическими состояниями.

Естественно, что подобная общая последовательность распада реализуется при разных болезнях различно — в разных пределах, с иной интенсивностью, в фазных проявлениях, стойко или обратимо.

Так, при маниакально-депрессивном психозе отражение и приспособление исчерпываются расстройством эмоционального отношения, нарушением приспособления чувств к внешнему миру. При периодической шизофрении расстраивается не только чувственное приспособление, но и отражение мира в его внутренних связях. При прогредиентной шизофрении поражение доходит до глубокого нарушения детерминации психической деятельности объективным миром. При грубо органических психозах развивается интенсивная и глубокая дезорганизация психической деятельности. В этой различной реализации общего и обнаруживается специфическое, свойственное той или иной нозологической самостоятельности болезни.

Вместе с тем одностороннее преувеличение, сосредоточенное на общих закономерностях, неизбежно приводит к схематизму и в исследовательской работе, и в диагностике болезней, и в их терапии. В подобных случаях неминуемо нивелируется и специфическое, и индивидуальное. В свою очередь, пренебрежение общими закономерностями патологии сводит исследовательскую деятельность, распознавание болезней, их лечение к простому списанию, к голой регистрации наблюдаемого. Такой исследователь, врач превращается в «архивариуса фактов» (*Павлов И. П.*), которому недоступны даже ближайшие перспективы развития его науки.

Как известно, обобщённая абстракция не отдаляет, а приближает нас к познанию действительности. Находя схожее в единичном, специфическом и овладевая этим сходством, мы, вооружённые знанием общего, начинаем полнее понимать единичное, с бо́льшим успехом действуем практически. Надо сказать, что в области патогенеза психозов мы ещё не знаем, какие изменения присущи всем психическим болезням и какие — отдельным (обнаружение специфических для данной болезни патогенетических механизмов). То же относится и к

наследственности: предрасположение вообще к психическим заболеваниям и специфическое — к отдельным. Последнее затрудняет, например, понимание соотношения в наследственности маниакально-депрессивного психоза и шизофрении.

Во время лекций я часто ссылался на исследования психиатров середины и начала второй половины XIX века. Такие психиатры прошлого, как *Г. Модсли*, *В. Гризингер*, *Г. Шюле* и др., а также наш физиолог *И. М. Сеченов* принадлежат к основателям естественно-научного направления в психиатрии. Их мировоззрение складывалось в эпоху расцвета естествознания, связанного с именем *Ч. Дарвина*. В своих психиатрических исследованиях они исходили из непреложного для них положения, постулирующего, что в основе клинических проявлений психозов и [психопатологических] синдромов лежат материальные явления, логика мозгового процесса, нарушение физиологической деятельности головного мозга. Этот период развития психиатрии закончился открытием *К. Кальбаумом*, *В. Х. Кандинским*, *С. С. Корсаковым*, *Э. Крепелиным* естественных групп психических болезней — нозологий психозов.

Последующие известные психиатры — *П. Жане*, *К. Ясперс*, *Э. Кречмер*, *Курт Шнейдер* и ряд других — также, несомненно, много сделали для развития клинической психиатрии, но их позиции уже не были естественно-научными. Они пытались ответ о природе психозов найти в идеалистической психологии, идеалистической философии. Такая позиция определялась не только современной им эпохой общественного развития и обусловленного ею мировоззрения, но и тем, что в то время учение о деятельности мозга, успешно развивавшееся во времена *Г. Модсли* и *В. Гризингера*, как говорил *И. П. Павлов*, «заметно приостановилось».

В наши дни познание деятельности головного мозга вновь бурно развивается. Об этом свидетельствует учение *И. П. Павлова* о высшей нервной деятельности, успехи в области общей нейрофизиологии, рождение кибернетики, открытия в области молекулярной биологии, генетики. Поэтому так актуально для нас и звучат идеи психиатров XIX века, мысли основателей естественно-научного направления в психиатрии. Психиатрия наших дней возвращается к пройден-

ному историческому периоду, но на иной, высшей ступени своего развития.

Я чрезвычайно обобщённо изложил вам то, что представляет результат трудоёмкой и многолетней работы сотрудников кафедры психиатрии ЦИУ и сотрудников Института психиатрии АМН СССР. Без их усилий в области исследования клиники шизофрении мне нечего было бы вам сказать. Вот, пожалуй, и всё.

Именной указатель

Снежневский Андрей Владимирович

Шизофрения

цикл лекций 1964 г.

Ответственный редактор:
В. С. Ястребов

Научное и техническое редактирование, корректура:
Д. В. Ястребов и *Н. В. Скибина*

Макет, оформление:
Д. В. Ястребов

ISBN 978-5-317-02335-5



Издание подготовлено в пакете LaTeX 2ε.
Гарнитура «Банниковская».

Напечатано с готового оригинал-макета.

Издательство ООО «МАКС Пресс».
Лицензия ИД №00510 от 01.12.1999 г.
Подписано к печати 28.04.2008 г.
Формат $60 \times 88 \frac{1}{16}$. Усл. печ. л. 12,0.
Печать офсетная. Тираж 1000 экз.
Заказ №210.

119992, ГСП-2, Москва, Ленинские горы,
МГУ им. М. В. Ломоносова,
2-й учебный корпус, 627 к.
Тел.: (495) 939-38-90, (495) 939-38-91. Тел./факс: (495) 939-38-91